



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

XLVI CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Patricia Maria Nunes Rego

julho 2018



Escola Nacional de Saúde Pública

UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA

A UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA EM UNIDADES LOCAIS DE SAÚDE

Trabalho de Campo apresentado para cumprimento dos requisitos necessários
à obtenção do grau de Especialista em Administração Hospitalar
realizado sob orientação científica do Prof. Doutor Rui Santana
e co-orientação do Dr. Bruno Moita

julho 2018

Ao Tozé, à Leonor e ao Duarte.

AGRADECIMENTOS

A realização deste Trabalho teve imprescindíveis contributos que deixo reconhecidos agradecendo profundamente:

Ao Prof. Doutor Rui Santana, pelo desafio e pela ajuda em “desviar as pedras ao longo do caminho”.

Ao Dr. Bruno Moita, pela constante disponibilidade, partilha dos seus conhecimentos e sentido critico (sempre construtivo).

À Prof^a Doutora Ana Marreiros e ao Eng.^o João Valagão, pela disponibilidade e dedicação.

Aos meus Pais, Irmão e Sogros, pelo enorme e precioso apoio em diversas formas e circunstâncias.

Aos amigos e amigas, que souberam compreender as minhas ausências.

Ao saudoso Dr. José David Stevens, pelo impulso.

RESUMO

OBJETIVOS

A criação de unidades prestadoras de cuidados de saúde verticalmente integradas assenta na perspetiva de que uma maior integração dos cuidados pode melhorar o acesso, a qualidade, a eficiência e a satisfação dos doentes. Em Portugal, entre 1999 e 2012, foram criadas oito unidades de saúde verticalmente integradas, fundindo hospitais e prestadores de cuidados primários em Unidades Locais de Saúde (ULS).

Este estudo tem como objetivo avaliar o efeito da integração vertical na utilização dos serviços hospitalares em Portugal Continental, com foco na utilização dos Serviços de Urgência (SU), contribuindo para a lacuna existente na respetiva evidência empírica. Para tal, foi testada a utilização dos SU nos contextos ULS e não-ULS e identificados fatores explicativos da utilização dos SU nos distintos modelos organizativos.

MÉTODOS

Foi realizado um estudo observacional e retrospectivo que incluiu doentes inscritos nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), com 18 ou mais anos, residentes em Portugal Continental, que utilizaram qualquer tipologia de SU em 2015 entre 1 e 10 vezes - 2,3M de utentes e 4,3M de episódios de urgência.

A utilização global do SU foi testada através de uma análise comparativa entre os contextos ULS e não-ULS. A utilização frequente (4 ou mais admissões nos SU por ano), por doentes com 2 ou mais problemas de saúde e por idosos foram também testadas.

Para identificação de fatores explicativos da utilização dos SU foi realizada uma regressão linear múltipla, considerando como variável dependente o valor padronizado do número de episódios de urgência por utente, e variáveis características da respetiva procura e oferta, como explicativas.

RESULTADOS

No ano de 2015, a utilização média dos SU por utente nas ULS foi de 1,93 episódios e no contexto não ULS foi de 1,84 episódios, sendo as diferenças encontradas estatisticamente significativas.

Utilizadores frequentes, doentes com 2 ou mais problemas de saúde e idosos em ULS, têm também um uso mais elevado dos SU.

Controlando o género, a idade e os problemas de saúde e comportamentos de risco, um aumento da utilização dos CSP está associado a um aumento da utilização dos SU.

CONCLUSÕES

A integração vertical supõe, entre outros princípios, uma priorização da atuação ao nível dos CSP, sendo daí esperada uma menor utilização do SU. Num contexto comparativo, e para o ano analisado, o presente estudo não confirma essa relação, mesmo para doentes com 2 ou mais problemas de saúde ou idosos.

O desempenho dos CSP nas ULS não se mostrou, até 2015, capaz de potenciar um menor volume de admissões urgentes dos doentes inseridos naquele contexto organizacional, relativamente aos demais. No entanto, para uma conclusão mais robusta, existem outras variáveis a serem controladas no desenvolvimento futuro deste estudo.

PALAVRAS-CHAVE: integração vertical, utilização dos serviços hospitalares, serviços de urgência, cuidados de saúde primários.

ABSTRACT

OBJECTIVES

The rationale for creation vertical healthcare organizations is based on the evidence that more integration of care could improve access, quality, efficiency and patient satisfaction. In Portugal, between 1999 and 2012, eight vertically integrated healthcare units were created, merging hospitals and primary care providers into Local Health Units (LHU).

This study aims to evaluate the vertical integration effect on hospital services utilization, in mainland Portugal, focusing on emergency room (ER) utilization, contributing for the existing gap in the empirical evidence. It was tested the ER utilization in LHU and non-LHU organizations and identified explain factors of the ER utilization in each unit.

METHODS

An observational and retrospective study was carried out focusing on primary care enrolled patients aged 18 or over, residing in mainland Portugal, that used any type of ER in 2015 until 10 times - 2.3M users and 4.3M ER visits.

The global ER use was tested by a comparative analysis between LHU and non-LHU. Frequent users (4 or more ER visits per year), patients with 2 or more health problems and elderly utilization were also tested.

An individual multiple linear regression was performed, considering as dependent variable the standardized value of patient number of ER visits, and variables on demand and supply characteristics, as predictors.

RESULTS

In 2015, the mean ER use per patient in the LHU was 1.93 visits and in the non-LHU context it was 1.84 visits, and the differences were statistically significant.

Frequent users, patients with 2 or more health problems and elderly in the LHU, have also a higher ER use.

Controlling for gender, age, health problems and risk behaviours, an increase in the primary health care utilization is associated with an increase in the ER utilization.

CONCLUSIONS

The vertical integration supposes, besides other principals, a prioritization in the scope of the primary care, being expected a decrease of the ER utilization. In a comparative context and for the analysed year, the present study does not confirm this relation, even for patients with 2 or more health problems or elderly.

By 2015, the performance of primary care in the LHU was not able to promote lower ER patient visits in this context, compared to the other. However, there are other variables to be controlled in a future development of this study for greater conclusion.

KEYWORDS: vertical integration, hospital services utilization, emergency room, primary care.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
2.1. Serviços de Urgência	3
2.1.1. Utilização dos serviços de urgência	4
2.1.2. Utilização por idosos e utilização frequente	6
2.1.3. Determinantes da utilização dos serviços de urgência	8
2.2. Integração de cuidados de saúde	10
2.2.1. Integração de cuidados de saúde em Portugal	14
2.2.2. Integração vertical e utilização dos serviços de urgência	17
2.3. Questões de investigação e Objetivos	21
3. METODOLOGIA	23
3.1. Revisão bibliográfica	23
3.2. Desenho do estudo	23
3.3. Fontes de informação e critérios de exclusão	23
3.4. Utilização média e Modelos de Regressão	26
4. RESULTADOS	29
4.1. Descrição da amostra	29
4.2. Utilização média dos serviços de urgência por utente	33
4.3. Utilização média dos serviços de urgência por grupos de utentes: utilizadores frequentes, utentes com dois ou mais problemas de saúde e idosos	34
4.4. Utilização média dos serviços de urgência por ULS	35
4.5. Modelos de regressão	36
5. DISCUSSÃO	39
5.1. Discussão Metodológica	39
5.2. Discussão de Resultados	40
5.2.1. Utilização dos serviços de urgência	40
5.2.2. Fatores explicativos da utilização dos serviços de urgência	43

6. RECOMENDAÇÕES	45
7. CONCLUSÕES.....	47
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	49
9. ANEXO I: Fontes de informação e metodologias de cálculo das variáveis acrescidas à base de dados original.....	57
10. ANEXO II: Problemas de saúde registados nas listas de problemas ativos nos processos clínicos dos utentes nos Cuidados de Saúde Primários	61
11. ANEXO III: Utilização média dos Serviços de Urgência por utente	63
12. ANEXO IV: <i>Outputs</i> SPSS - Regressões lineares em contexto não ULS (modelos finais).....	66
13. ANEXO V: <i>Outputs</i> SPSS - Regressões lineares em contexto ULS (modelos finais).....	75

ÍNDICE DE FIGURAS

Fig. 1: Número de admissões nos SU por 100 habitantes, 2001 (ou ano mais próximo disponível) e 2011 (ou ano mais recente).....	5
Fig. 2: Proporção de doentes por cores atribuídas segundo a Triagem de Manchester em novembro de 2017.....	6
Fig. 3: Modelo concetual do relacionamento entre continuidade e coordenação de cuidados.....	11
Fig. 4: Sucessão legislativa de criação das ULS.....	15
Fig. 5: Distribuição geográfica das ULS em Portugal Continental	16

ÍNDICE DE TABELAS

Tab. 1: Determinantes da utilização dos SU associados à respetiva procura e oferta ..	9
Tab. 2: Dimensões da integração de cuidados	14
Tab. 3: Síntese de estudos que evidenciam a relação entre intervenções inerentes aos cuidados integrados e a diminuição da utilização dos SU	19
Tab. 4: Variáveis de estudo.....	24
Tab. 5: Modelos de regressão linear.....	28
Tab. 6: Caracterização da amostra.....	29
Tab. 7: Principais resultados da utilização média dos Serviços de Urgência por utente	33
Tab. 8: Utilização média dos Serviços de Urgência por grupos de utentes	35
Tab. 9: Utilização média dos Serviços de Urgência por ULS.....	35
Tab. 10: Coeficientes de regressão - contexto não-ULS.....	37
Tab. 11: Coeficientes de regressão - contexto ULS.....	38

ABREVIATURAS E SIGLAS

ACeS – Agrupamento(s) de Centros de Saúde

APU – Área Predominantemente Urbana

AMU - Área Mediamente Urbana

APR - Área Predominantemente Rural

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DP – Densidade Populacional

DPOC – Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica

e.g. - *exempli gratia* (por exemplo)

HTA – Hipertensão Arterial

Km – Quilómetro

Km² – Quilómetro quadrado

MdF – Médico de Família

nº - número

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

Sida - Síndrome da imunodeficiência adquirida

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SU – Serviços de Urgência

SUB – Serviço de Urgência Básico

SUMC – Serviço de Urgência Médico-Cirúrgico

SUP – Serviço de Urgência Polivalente

TM – Taxas moderadoras

txs - Taxas

UF – Unidade Funcional

ULS – Unidade(s) Local(ais) de Saúde

VIH – Vírus da Imunodeficiência Humana

1. INTRODUÇÃO

A integração de cuidados de saúde é um processo complexo que visa superar a fragmentação da prestação de cuidados através de uma melhor interligação e coordenação dos serviços¹.

A gestão conjunta de diferentes níveis de prestação de cuidados de saúde – integração vertical, viabiliza, entre outros aspetos, a racionalização da utilização de serviços diferenciados, com grandes níveis de exigência em termos produtivos e que envolvem elevados custos.

Nesse sentido, e numa ótica pró-ativa, os esforços dos prestadores direcionam-se para a promoção da saúde e prevenção da doença (a cargo dos Cuidados de Saúde Primários – CSP)² em oposição a uma lógica reativa característica do atendimento médico urgente³.

Em Portugal, além do crescimento da procura de cuidados médicos de carácter urgente a que se vem assistindo desde 2012⁴, acresce que em 2015 cerca de 40% das respetivas admissões não careciam de cuidados imediatos⁵. Quer na perspetiva dos doentes e prestadores, quer numa perspetiva económica, os interesses convergem para a redução da utilização de serviços como a urgência hospitalar⁶.

A integração vertical de cuidados de saúde revela-se um instrumento capaz de alcançar este fim, não apenas mas também, pela via da intensificação da atuação ao nível dos CSP⁶⁻¹¹.

Existem atualmente no nosso país oito Unidades Locais de Saúde (ULS), resultantes da fusão entre hospitais e prestadores de cuidados primários, cinco das quais têm entre 10 e 19 anos de atividade e as demais entre 6 e 9. A maturidade organizacional atingida pela maioria, supõe-se suficiente para uma avaliação da utilização dos serviços hospitalares nestas Unidades.

Os trabalhos de investigação realizados no nosso país que medem o efeito da integração vertical de cuidados na utilização dos serviços hospitalares (nomeadamente no âmbito dos internamentos evitáveis e das readmissões), não contemplam a utilização dos serviços de urgência (SU), pelo que se identifica uma oportunidade para o desenvolvimento do respetivo estudo.

O presente trabalho tem pois como objetivo avaliar o efeito da integração vertical na utilização de serviços hospitalares em Portugal Continental, com foco na utilização dos SU, contribuindo para a lacuna existente na respetiva evidência empírica.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1. Serviços de Urgência

As condições clínicas que legitimam a prestação de cuidados médicos urgentes decorrem de lesões, infeções, complicações ou desequilíbrios químicos que afetam o indivíduo física ou mentalmente. Apresentam-se normalmente de forma súbita ou num curto espaço de tempo (doenças agudas), podendo ainda resultar da negligência de condições crónicas^{12,13}.

Aos Serviços de Urgência (SU) compete o tratamento destas condições, incluindo a sua rápida avaliação e intervenções apropriadas e oportunas¹².

Em Portugal, a oferta de SU tem tradução numa rede articulada com três níveis de hierarquização – Básico (SUB), Médico-Cirúrgico (SUMC) e Polivalente (SUP)¹⁴.

O acesso a estes serviços (pode) mas não tem que ser referenciado pelos Cuidados de Saúde Primários (CSP), sendo cobradas taxas moderadorasⁱ (de valor consideravelmente superior ao cobrado nos CSP)¹⁵.

O SUB define-se por ser o primeiro nível de acolhimento das situações urgentes, que pode ou não funcionar num hospital. Trata-se de uma urgência não cirúrgica, contudo, equipada para estabilizar um doente.

Já o SUMC é um serviço hospitalar que, além de um bloco operatório a funcionar 24 horas por dia, dispõe das especialidades de medicina interna, cirurgia geral e ortopedia, bem como de apoio laboratorial e imagiológico. A inexistência de um outro SUMC ou de um SUP a mais de uma hora de distância é um critério para a sua criação.

O SUP é o mais especializado e com maior oferta de serviços e destina-se aos casos de emergência, localizando-se em regra num hospital central. Além das especialidades de um SUMC, contempla cardiologia de intervenção, cirurgia cardiorácica, plástica e reconstrutiva, vascular e neurocirurgia. Dispõe igualmente de apoio imagiológico e laboratorial com capacidade para análises toxicológicas.

O acesso aos SU pode ter as seguintes origens: iniciativa do utente, “Saúde 24”ⁱⁱ¹⁶, referência por SU e referência interna¹⁷.

ⁱ Copagamento

ⁱⁱ Centro de contacto do SNS com oferta de serviços informativos, administrativos, de triagem, acompanhamento e encaminhamento e de telecuidados, através de diferentes canais⁽¹⁶⁾

Em 2015 existiam 82 pontos de urgência em funcionamento e toda a população da área continental tinha acesso em menos de 60 minutos a um SU¹⁴ (tendo por base tempos médios de viagem em estrada), ainda assim, cerca de 2,2% da população apenas tinha acesso a um SUB¹⁸.

2.1.1. Utilização dos serviços de urgência

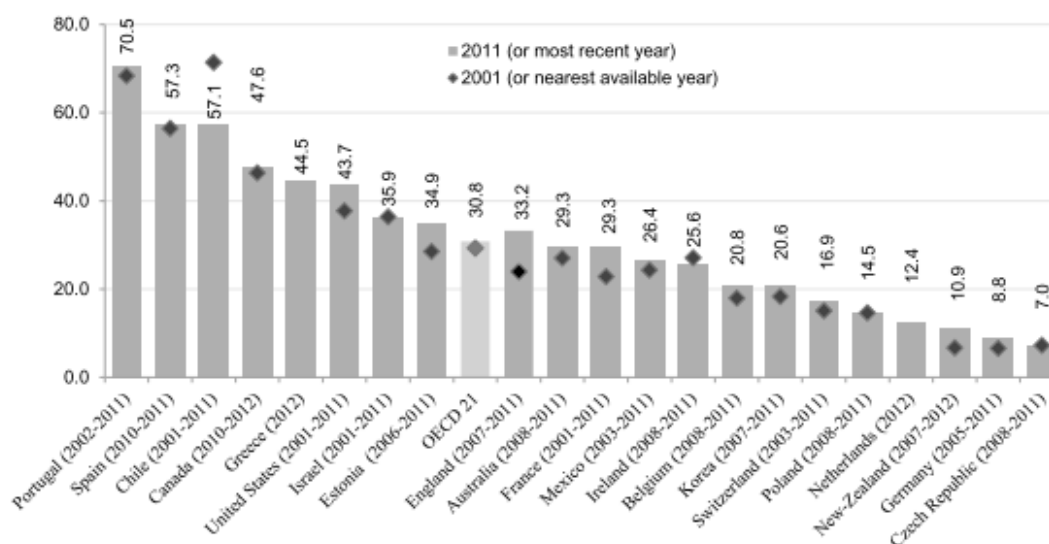
Nos últimos anos as admissões aos SU aumentaram consideravelmente o que trouxe como consequência a sua sobreutilizaçãoⁱⁱⁱ com um impacto negativo à escala mundial, atendendo aos longos tempos de espera, insatisfação dos doentes, sobrecarga dos profissionais e questões de segurança e eficiência decorrentes. Além das implicações negativas ao nível da prestação de cuidados, o aumento dos custos e da mortalidade dos doentes acrescem como consequências^{6,19–23}.

Contribuem fortemente para esta conjuntura doentes cujas necessidades podem ser satisfeitas nos cuidados de saúde primários^{6,23,24}. Na maioria dos países foram desenvolvidos esforços no sentido de que os doentes recorram aquele nível de cuidados em situações “semi-emergenciais”, contudo, a falha desses esforços, o envelhecimento da população e as expectativas relativas à disponibilidade de um serviço médico 24/7 faz prever que a procura dos SU continuará a aumentar²⁵.

Entre 2001 e 2011, Portugal foi o país com mais atendimentos *per capita* nos SU, de entre um conjunto 21 países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE)²⁶ – Figura 1, tendo-se vindo a assistir, desde 2012, ao aumento da respetiva procura (que em 2016 atingiu os 6,4 milhões de episódios)⁴.

ⁱⁱⁱ Incapacidade de resposta dos SU face à procura manifestada pelos utentes

Fig. 1: Número de admissões nos SU por 100 habitantes, 2001 (ou ano mais próximo disponível) e 2011 (ou ano mais recente)²⁶



A utilização excessiva dos SU em Portugal, entre 2001 e 2011, traduziu-se no facto de que em média, por cada 100 mil habitantes, 70 recorriam anualmente a estes Serviços (sendo que para o conjunto de países analisados a média foi de 31 atendimentos por 100 habitantes). Em 80% dos casos, a causa das admissões ao SU foi “doença”, enquanto em sete dos países analisados o principal motivo foram acidentes^{20,26}.

Segundo a literatura internacional entre 20% e 40% da utilização dos SU é feita por um grupo de doentes com condições que não exigem um atendimento urgente ou cuidados especializados⁶. Em diversas situações os doentes elegem (incorretamente) os SU como a via de acesso primordial aos sistemas de saúde²⁷⁻²⁹, refletindo o facto de que os recursos de saúde são muitas vezes usados segundo as necessidades percebidas pelos doentes, e não de acordo com as expectativas do sistema^{6,30}.

Este uso inadequado, além de dispendioso e potencialmente nocivo para os doentes, afeta o adequado funcionamento de um sistema de saúde prejudicando a prestação de cuidados nos verdadeiros casos de urgência, para além de ser um impeditivo à criação de um vínculo dos doentes ao sistema e a uma continuidade de cuidados (transição dos doentes entre os diversos níveis de prestação de forma ordenada e ininterrupta³¹)

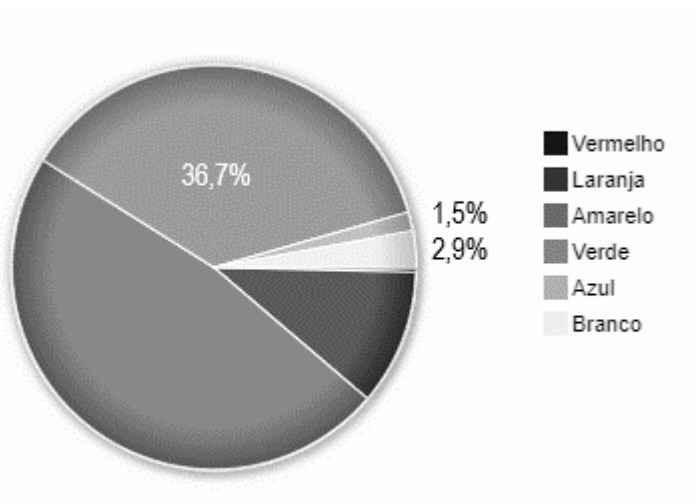
19,20,29,30.

Em Portugal, cerca de 40% dos utentes que recorreram aos SU no ano de 2015 não precisavam de cuidados imediatos⁵. Em 2014 já se havia estimado que 31% das

situações dos doentes admitidos nas urgências hospitalares poderiam ter sido resolvidas de outra forma, nomeadamente ao nível dos CSP²⁰.

A percentagem de doentes classificados com as cores verde, azul e branco, no âmbito do sistema de triagem de prioridades nos SU (Triagem de Manchester) ³² - 41,1%, indica que em novembro passado permanecia elevada a procura dos SU em situações pouco ou não urgentes e situações passíveis de programação – Figura 2

Fig. 2: Proporção de doentes por cores atribuídas segundo a Triagem de Manchester em novembro de 2017³³



Face à utilização excessiva dos SU têm vindo a ser tomadas medidas para promover o uso dos CSP de que são exemplo a contratação de novos Médicos de Família (MdF), a expansão de Unidades de Saúde Familiar e o aumento do número de utentes com MdF⁵.

Como forma de facilitar a observação médica, os CSP disponibilizam, desde 2007, “consultas abertas” (sem marcação prévia) para situações agudas que carecem de uma resolução rápida³⁴.

2.1.2. Utilização por idosos e utilização frequente

A par da utilização inadequada, também a utilização pelos idosos e a utilização frequente são aspetos abordados no âmbito da sobreutilização dos SU^{19,21}, dada a sua forte componente contributiva para esta problemática.

Pessoas com idade igual ou superior a 65 anos (idosos) representam um grupo crescente de utilizadores dos SU, já que se prevê o seu aumento de 14% em 2010 para 25% em 2050 nos países europeus^{35,36}. Em vários sistemas de saúde, os doentes

idosos com duas ou mais doenças crónicas representam cerca de 15% da população, e são responsáveis por 60% dos custos em saúde³⁷.

Associa-se aos doentes mais velhos uma taxa de utilização dos SU superior à restante população adulta, cujas admissões têm um maior nível de urgência e exigem mais recursos. Estes doentes são mais propensos a serem admitidos ou a repetir as admissões, apresentando também maiores taxas de resultados adversos após a alta. A este cenário, encontra-se ainda associado um risco superior de infeção aguda^{36,38}.

Uma grande proporção destes doentes necessita realmente de cuidados urgentes, desconhecendo-se até que ponto estes episódios poderiam ser evitados, por exemplo, através da prevenção^{19,29,39}.

Por outro lado estima-se que entre 1 a 5% dos doentes admitidos nos SU são utilizadores frequentes, não obstante os diferentes limiares existentes na literatura para definir este grupo^{19,21,40}. Representam um número relativamente pequeno de doentes a quem se associa um número desproporcionalmente alto de atendimentos nestes Serviços (21-28%)^{23,28,40-42}. O limiar a considerar que melhor permite comparar estudos sobre este grupo, é o uso dos SU quatro vezes ou mais por ano^{40,43,44}.

O atendimento frequente influencia negativamente a qualidade dos cuidados prestados, a eficiência e gera custos elevados^{40,42,43,45}. Os utilizadores frequentes dos SU são considerados por alguns autores *timeconsuming* e consumidores "ilegítimos" de recursos^{43,45}, mas outros há que defendem as suas necessidades médicas genuínas⁴⁶.

Têm entre 40 e 50 anos, são do sexo feminino e sofrem de múltiplas condições físicas e mentais^{28,40,41,46}. Por norma tratam-se de indivíduos vulneráveis, com um baixo nível socioeconómico, condições crónicas, taxa de mortalidade superior e por isso mais consumidores de recursos^{28,40,43,44}. Estes doentes são mais propensos a chegar aos SU de ambulância do que os utilizadores não frequentes, e mais pela sua condição médica do que por traumatismos⁴⁵.

Revelam simultaneamente um uso elevado dos cuidados primários (superior a 3 visitas por ano), relatando necessidades não atendidas neste nível de cuidados^{23,40-42,45,46}.

Em Portugal, uma análise ao triénio 2013-15 revelou que a média nacional de utilizadores frequentes dos SU^{iv} foi de 8,6%, e que a região do Alentejo foi a que atingiu os valores mais elevados (acima dos 10%)⁴⁷.

^{iv} Considerando-se utilizadores frequentes os utentes que são admitidos nos SU 4 ou mais vezes num ano

2.1.3. Determinantes da utilização dos serviços de urgência

Os fatores relacionados com o aumento da utilização dos SU abrangem não só as características dos doentes e alterações demográficas/sociais, como a aversão ao risco e o fácil acesso a cuidados especializados^{19,26,46}.

O aumento da idade, os níveis socioeconómico e de escolaridade baixos e a presença de doenças crónicas e comorbilidades^v são fatores associados aos doentes que influenciam a utilização dos SU^{10,39}.

Também a falta de acesso a um MdF^{48,49} e a proximidade ao SU podem interferir com o seu uso, aumentando a respetiva probabilidade^{3,29,50,51}. Ter MdF aumenta em três vezes a probabilidade do doente procurar o SU com uma situação realmente urgente, fazendo um uso apropriado destes serviços³⁰. Quanto à distância dos doentes ao SU constata-se que, num cenário de fraca gravidade do estado de saúde dos doentes, à medida que a distância aumenta diminui a utilização⁵².

Um estudo realizado em Portugal em 1996 demonstrou que a procura dos SU é desincentivada pelo aumento da distância (em Km) entre a sede do concelho onde reside o doente e o hospital (“até 50km, um aumento na distância de 10% dita uma redução na utilização de 40%”, não controlando outras variáveis)⁵³. Estas conclusões são posteriormente validadas em 2004, com a constatação de que populações que se encontram a uma maior distância do hospital apresentam uma menor probabilidade de utilização dos cuidados hospitalares⁵³. Recentemente, outros autores concluíram que um aumento de 10% na distância ao SU resulta numa diminuição entre 10% e 20% na respetiva utilização (controlando outros determinantes da utilização do SU), sendo que uma maior diminuição está associada aos casos de menor gravidade⁵⁴.

Uma redução na procura dos SU em situações menos graves e urgentes encontra-se igualmente associada à passagem da ausência de pagamento (no ato da prestação de cuidados) para o pagamento. Nas situações mais urgentes, o efeito na diminuição da procura destes serviços é tanto maior quanto mais elevada for a proporção do custo suportada pelo doente⁵³.

Em Portugal, em 2016, cerca de 60% da população encontrava-se isenta do pagamento de taxas moderadoras⁵, pelo que o efeito de moderação das mesmas incidia sobre apenas 40% da população. Ainda que seja devido o pagamento de TM aquando da prestação de cuidados urgentes, este parece não afetar o uso inadequado dos SU uma

^v Coexistência de duas ou mais doenças

vez que seu efeito moderador incide sobre uma reduzida proporção da população. É pois com facilidade que um considerável número de doentes recorrem a um serviço que não é o mais apropriado para a sua condição (atratividade da gratuidade⁴³), o que gera “um aumento de custos na prestação dos serviços de saúde que não é compensado pelo valor adicional que os mesmos trazem ao bem-estar dos cidadãos”^{5,26,55}.

Barreiras no acesso efetivo e atempado aos cuidados primários (dificuldades em marcar consultas, períodos de espera longos, períodos de funcionamento curtos, entre outros), segundo vários autores, poderão estar na origem de uma utilização inapropriada dos SU^{3,29,56,57}. Os doentes assumem a improbabilidade de um atendimento oportuno nos CSP, ao que acresce a respetiva insatisfação e a confiança nos serviços prestados pelos SU²⁹.

Ainda no âmbito dos constrangimentos ao nível dos CSP que ditam uma maior procura dos SU, foi constatado que uma menor continuidade dos cuidados e uma fraca utilização dos cuidados primários têm um efeito mais forte sobre a utilização dos SU nos idosos residentes em áreas urbanas. Em contrapartida, a ausência de um médico neste nível de cuidados tem um efeito mais forte entre os idosos residentes em áreas rurais³⁵.

Em Portugal, de entre as motivações relatadas pelos utentes para recorrerem aos SU como primeira opção, a possibilidade de terem um atendimento mais rápido foi o motivo mais apontado (42%)⁸¹. Acrescem outros motivos como o reconhecimento de competência superior dos cuidados hospitalares face aos CSP, referência pelo MdF para a realização de exames indisponíveis nos CSP e altas hospitalares prematuras⁵⁹⁻⁶².

Na Tabela 1 são sintetizados os determinantes da utilização do SU mais citados na literatura.

Tab. 1: Determinantes da utilização dos SU associados à respetiva procura e oferta

PROCURA	OFERTA
Género e Idade ^{10,29,30,36}	Acesso aos CSP ^{3,29,56,57}
Nível socioeconómico e de escolaridade ^{10,39}	Vínculo a um Médico de Família ^{30,35,43,44,48,49}
Carga de doença ^{10,29,39}	Continuidade de cuidados ⁶⁻¹⁰
Regime de cobertura ^{29,53,56}	Distância aos SU ^{3,30,50,52-54}
Aversão ao risco ^{19,26}	Áreas urbanas e rurais ³⁵

Entre os fatores explicativos da utilização do SU encontram-se, portanto, os que se associam diretamente ao utente e os contextuais, relacionados com os próprios sistemas de saúde e concretamente com a forma de organização e gestão da prestação de cuidados de saúde.

A reestruturação organizacional da oferta de cuidados tem-se vindo a apresentar como uma estratégia para fazer face aos desafios que se vêm impondo à governação dos sistemas de saúde. Neste contexto, as potencialidades intrínsecas à integração vertical de cuidados, enquanto instrumento de gestão em organizações prestadoras de cuidados de saúde, propiciam potenciais ganhos⁶³. No que se refere à utilização dos recursos de saúde, decorre deste modelo organizacional a expectativa da redução do consumo de cuidados médicos urgentes, conforme é exposto em seguida.

2.2. Integração de cuidados de saúde

À medida que os sistemas de saúde em todo o mundo se expandem para responder à procura e expectativas crescentes, a incapacidade para fazer face à fragmentação na rede de prestação de cuidados resulta no crescimento dos custos e diminuição da qualidade. Superar essa fragmentação é um fator crítico para alcançar um melhor desempenho dos sistemas de saúde⁶³⁻⁶⁵.

Unidades, profissionais e serviços operam de forma independente, destacando-se a falta de cooperação entre os diferentes níveis e configurações de cuidados e a duplicação de serviços e infraestruturas, com consequências ao nível do acesso, do uso dos recursos, da satisfação dos utilizadores e da continuidade dos cuidados^{63,65-68}.

O envelhecimento da população, o número crescente de doentes crónicos e com comorbilidades e as pressões económicas enfatizam a integração dos serviços, defendendo-se o planeamento e coordenação dos cuidados de saúde, em oposição à fragmentação e incongruência^{63,69}.

A prestação integrada de cuidados de saúde apresenta-se como um “conjunto coerente de métodos e modelos sobre o financiamento, a gestão, organização, prestação de serviços e níveis de cuidados visando criar interligação, alinhamento e colaboração dentro e entre os prestadores. Tem como objetivo melhorar a qualidade dos cuidados e de vida, a satisfação do utilizador e a eficiência do sistema (...) eliminando múltiplos serviços, prestadores e configurações”⁷⁰.

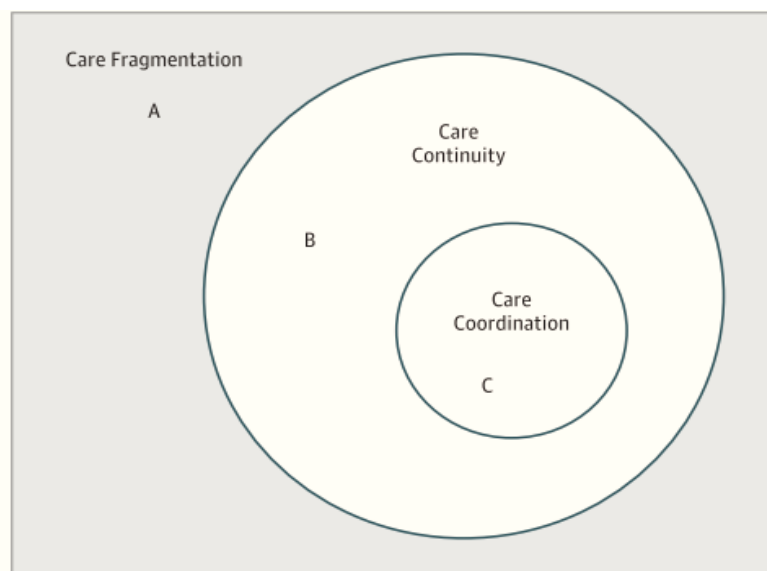
Dadas as suas potencialidades, a integração de cuidados é defendida como uma possível solução para a fragmentação, através de uma melhor interligação e coordenação dos serviços. O paradigma de cuidados agudos amplamente reativo, dá lugar a um mais holístico (afastado do tratamento episódico de doenças agudas, como o atendimento médico urgente^{3,30}), através da prestação de um *continuum* coordenado de serviços^{1,63,67,68,71}.

A coesão do sistema de saúde é pois passível de ser alcançada através de uma continuidade na prestação dos cuidados⁶⁸. Do ponto de vista clínico, esta continuidade está associada a melhorias na efetividade, capacidade de resposta e eficiência do sistema de saúde. Do ponto de vista do utilizador, pode facilitar o acesso oportuno aos cuidados de nível primário, melhorar o acesso a outros níveis de cuidados, evitar a repetição desnecessária de procedimentos de diagnóstico, melhorar a tomada de decisões partilhadas entre doentes e profissionais e promover estratégias de autocuidado e monitorização de doenças crónicas⁶⁶.

Muito embora a integração de cuidados seja construída em torno da continuidade e coordenação dos mesmos⁶⁸, continuidade não é sinónimo nem garantia de coordenação – Figura 3.

A continuidade traduz o inverso da fragmentação na prestação de cuidados, isto é, uma sucessão ininterrupta. Por sua vez, a coordenação pressupõe uma interligação entre os vários elementos, em que um único responde por todo o processo de prestação de cuidados de forma integral^{2,63}.

Fig. 3: Modelo conceitual do relacionamento entre continuidade e coordenação de cuidados⁷²



A prestação de cuidados integrados é simultaneamente global, sistemática e abrangente na sua orientação para as necessidades e implica alcançar interligação, alinhamento e colaboração dentro e entre os prestadores com transições contínuas dos doentes entre cuidados primários, secundários e terciários, entre cuidados prestados em regime de ambulatório, domiciliário/comunitário e institucional e entre cuidados agudos, de longa duração, de saúde mental e serviços sociais⁶⁸.

A literatura sugere que a integração de cuidados pode melhorar o acesso, reduzir a fragmentação, melhorar a eficiência do sistema, evitar a duplicação de infraestruturas e serviços, reduzir os custos e responder de forma mais eficaz às necessidades e expectativas dos utilizadores aumentando a sua satisfação^{66,71,73-75}

Trata-se, porém, de um processo complexo que, apesar do seu potencial, pode não ser necessário ou benéfico em todas as circunstâncias e contextos^{1,2,63,76}. Embora nalguns estudos a integração de cuidados esteja associada a resultados positivos, esses não se encontram totalmente demonstrados sendo a evidência limitada^{76,77}.

Traduz uma estratégia orientada para a procura, sendo que a alteração de um foco organizacional para o foco no doente terá sido influenciada, entre outros, por um aumento da promoção da saúde (em oposição ao tratamento da doença) e pela perspectiva da perceção do doente como uma dimensão da qualidade dos cuidados^{68,76}.

Diversos autores defendem a obtenção de melhores resultados de qualidade e eficiência através da integração de cuidados para determinadas subpopulações ou grupos de doenças, envolvendo a reorganização da prestação em torno de condições médicas, intervenções ou grupos populacionais⁷⁶.

A literatura identifica três grupos de doentes com necessidades de saúde complexas e consumidores da maior quantidade dos recursos disponíveis. Estes doentes exigem uma maior coordenação de cuidados e, como tal, são os que mais podem beneficiar dos cuidados integrados: doentes com duas ou mais doenças crónicas^{vi}, doentes com condições de saúde mental moderadas ou severas e doentes idosos^{37,68}.

Apesar de não existir um modelo único de melhores práticas ou diretrizes bem definidas para a integração de cuidados de saúde³⁷, alguns princípios são frequente e

^{vi} Estima-se que na Europa os doentes com condições crónicas representam 70 a 80% das despesas com cuidados de saúde¹¹⁹.

consistentemente apresentados como elementos-chave que, combinados conduzem à integração bem-sucedida^{67,76-78}, entre eles:

- i. Cobertura abrangente de serviços ao longo do *continuum* de cuidados (encontrando-se implícito o respetivo planeamento, prestação e coordenação);
- ii. Responsabilidade pela população de uma área geográfica delimitada (população definida);
- iii. Foco na melhoria contínua da qualidade, numa cultura colaborativa e na prestação de cuidados centrada no doente, garantindo-se que são recebidos os cuidados certos, no lugar certo, no momento certo;
- iv. Cuidados padronizados e prestados por equipas interprofissionais, promovendo-se a continuidade do processo, o que envolve:
 - Grupos médicos de múltiplas especialidades em que os generalistas trabalham ao lado de especialistas na oferta de cuidados integrados;
 - Identificação clara das funções e responsabilidades dos membros das equipas de forma a serem asseguradas transferências de doentes adequadas entre os níveis de cuidados;
 - Partilha de processos e registos médicos;
 - Partilha de protocolos de atuação baseados em evidência, diretrizes das melhores práticas, e ferramentas de apoio à tomada de decisão;
 - Cultura comum;
 - Comunicação efetiva/eficaz;
- v. Sistema de informação capaz de suportar a integração e gestão da informação e que facilite uma comunicação efetiva;
- vi. Alinhamento médico-sistema integrado e médico-gestores;
- vii. Mecanismo de financiamento comum aos serviços integrados com incentivos financeiros alinhados;
- viii. Implementação de um sistema de avaliação do desempenho responsabilizante, cujos indicadores abranjam os diferentes níveis da prestação de cuidados;
- ix. Existência de uma liderança que promova uma visão e missão de integração, bem como de uma cultura organizacional congruente com as mesmas;
- x. Estrutura de governação que garanta a representação das partes interessadas.

A literatura sugere, portanto, a existência de várias dimensões da integração, podendo estas agrupar-se em organizacional, funcional, de serviços e clínica^{79,80}- Tabela 2.

Tab. 2: Dimensões da integração de cuidados

DIMENSÃO	COMPONENTE INTEGRADA
Organizacional	Prestadores de cuidados
Funcional	Atividades não-clínicas (e.g. partilha de informação)
Serviços	Especialidades clínicas (e.g. equipas multidisciplinares)
Clínica	Prestação de cuidados (<i>continuum</i>)

Consoante a abrangência da integração, os modelos de prestação de cuidados integrados podem ser direcionados a indivíduos⁸¹, grupos e doenças específicas ou podem ser de base populacional, como é o caso da Kaiser Permanente nos Estados Unidos da América^{67,82}.

2.2.1. Integração de cuidados de saúde em Portugal

Em Portugal, a integração de cuidados encontra suporte na Lei de Bases da Saúde (LBS) - "... os serviços de saúde estruturam-se e funcionam de acordo com o interesse dos utentes, e articulam-se entre si..." e "... deve ser promovida a intensa articulação entre os vários níveis de cuidados, reservando a intervenção dos mais diferenciados para as situações deles carecidas e garantindo frequentemente a circulação recíproca e confidencial da informação clínica relevante sobre os utentes." Não obstante, o atual sistema português de saúde pública é visto de forma fragmentada (com qualidade deficiente e insuficiência de recursos)^{63,69}.

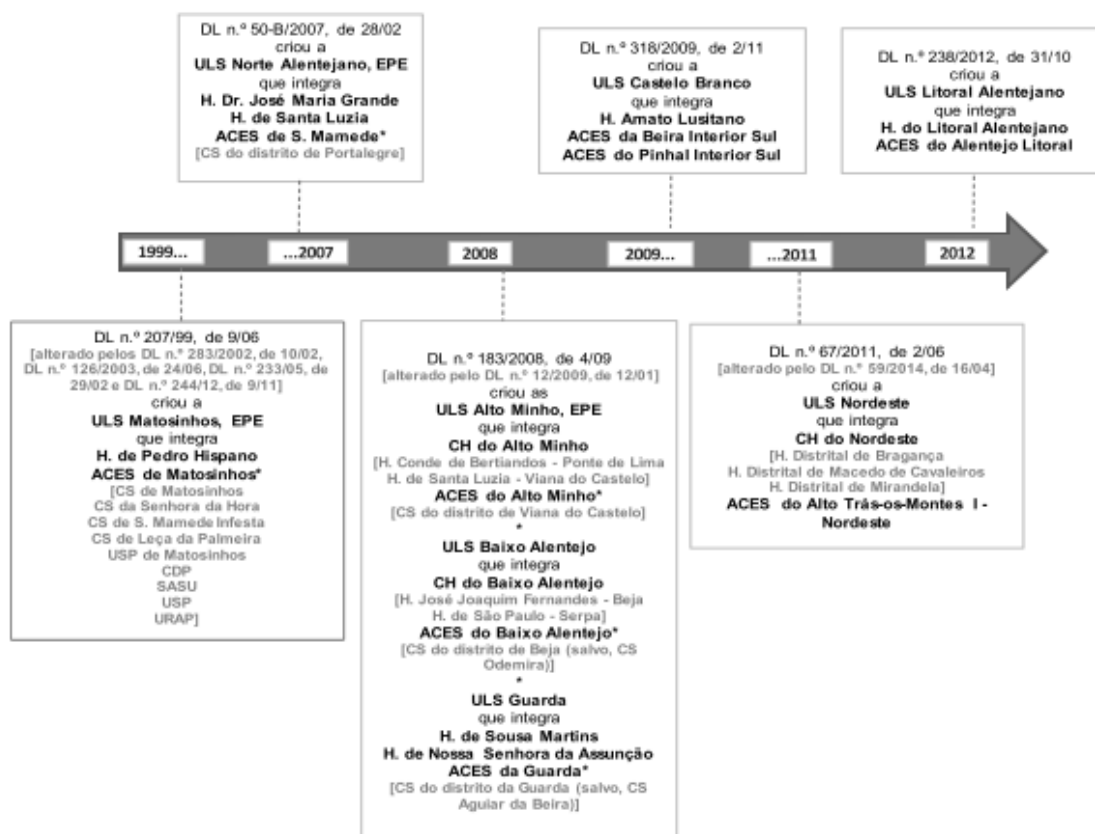
As reformas nos cuidados de saúde iniciadas em 1995 (com vista à melhoria do acesso, da continuidade e qualidade dos cuidados, entre outras) contemplaram a reestruturação dos CSP, sendo a implementação das Unidades Locais de Saúde (ULS) a primeira intervenção levada a cabo neste âmbito⁵.

Entre 1999 e 2012 concretizou-se o legalmente previsto através do modelo de ULS, existindo atualmente oito unidades – Figura 4, criadas com base na proximidade geográfica, num equilíbrio de especialidades e na disponibilização de um serviço de

urgência. Os CSP e hospitalares são geridos conjuntamente e as responsabilidades no estado de saúde de uma determinada população são comuns – integração vertical de cuidados de saúde^{5,83}.

Compete, desde 2007, aos Agrupamentos de Centros de Saúde (ACeS) garantir a prestação de CSP à população de determinada área geográfica - promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados e ligação a outros serviços para a continuidade dos mesmos⁸⁴ (sendo obrigatória a inscrição junto de um Médico de Família - MdF⁶⁹). São constituídos por equipas multidisciplinares organizadas em seis tipologias de unidades funcionais (que integram um ou mais centros de saúde)⁸⁵ e desejavelmente o primeiro ponto de contacto do sistema público de saúde. O acesso a cuidados especializados (prestados nos hospitais) não é direto, cabendo aos MdF viabilizá-lo, existindo geralmente demora na obtenção de uma consulta, dependendo da especialidade⁵.

Fig. 4: Sucessão legislativa de criação das ULS⁸³



Legenda: H = Hospital; CH = Centros Hospitalares e CS = centros de saúde. * Indica os ACES que não tendo sido criados por Portaria foram formalizados por cada uma das ULS na qual se integram.

As ULS encontram-se implementadas maioritariamente no interior do país e cobrem áreas geográficas dispersas, tendo a maioria uma forte componente rural - Figura 5. Em 2014 representavam cerca de 11,6% da cobertura populacional hospitalar do país, tendo-lhes sido atribuído 8,2% do orçamento total do SNS^{63,86}.

Fig. 5: Distribuição geográfica das ULS em Portugal Continental⁸³



Considerou-se recentemente que as ULS não alcançaram a totalidade das melhorias esperadas ao nível da coordenação de cuidados e não cumpriram o objetivo de integrar, coordenar e facilitar a continuidade dos mesmos, não existindo evidências de melhorias de desempenho significativas após a integração das unidades de cuidados de saúde em ULS⁵.

Contudo, uma (igualmente recente) avaliação do impacto da integração vertical nos reinternamentos hospitalares em Portugal revelou uma associação entre aquele contexto organizacional e a redução dos reinternamentos num período de 30 dias após a alta⁸⁶.

Também o Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde em Portugal - EGIOS II realizado em 2015, concluiu por uma melhoria nos níveis de perceção de integração pelos profissionais das ULS no espaço de 5 anos. O interesse desta avaliação assenta na premissa de que quanto mais forte o grau de coordenação e

interligação entre as unidades funcionais que estruturam a oferta, melhores os resultados em saúde^{63,87}.

Já uma avaliação do impacto da criação das ULS em Portugal através dos internamentos por causas sensíveis a cuidados de ambulatório (ICSCA) levada a cabo em 2012, demonstrou não existir consistência no comportamento da taxa padronizada de ICSCA, pois verificou-se simultaneamente a sua diminuição significativa nalgumas unidades e o seu aumento noutras^{63,88}.

Considera-se, ainda assim, que a medição de resultados da integração de cuidados em Portugal carece de maior estudo, sendo ainda pouco significativa a evidência empírica dos resultados atingidos pelas ULS⁶³.

2.2.2. Integração vertical e utilização dos serviços de urgência

A integração vertical de cuidados de saúde traduz-se numa vertente da dimensão de integração estrutural^{vii}, na medida em que implica a criação de uma nova estrutura com alterações ao nível das responsabilidades, relações de comando e controlo e poder hierárquico das entidades que a constituem⁶³. Esta integração de estruturas fundamenta-se no objetivo de melhorar o estado de saúde geral de uma determinada população⁶³, ocorre entre os diferentes níveis de cuidados e implica a centralização da gestão numa única entidade, que consolida responsabilidades e recursos^{2,37,63,67,68,73,89-91}.

Neste âmbito, salienta-se que a estrutura da oferta por nível de prestação de cuidados de saúde como habitualmente reconhecida (primária, secundária e terciária) é impeditiva de uma plena integração vertical. Por seu turno, deverá assumir-se a perspetiva da gestão conjunta de prestadores de primeira e segunda linha^{viii}, viabilizando uma relação direta entre utentes e prestadores (em harmonia com o funcionamento do mercado que considera o prestador e não a identidade da instituição ou a natureza do serviço prestado)^{2,63,92}.

^{vii} Considerando-se existirem três outras dimensões de integração: funcional, normativa e sistémica^{2,63}.

^{viii} Os prestadores de primeira linha são contactados diretamente pelos consumidores. A produção dos prestadores de segunda linha é usada pelos consumidores "através" dos de primeira ou fornecida como produto intermédio aos prestadores de primeira linha ou a outros de segunda⁸⁶.

De entre os vários mecanismos que conjuntamente são críticos para a integração vertical de cuidados de saúde, e na perspetiva de uma menor procura dos SU, sobressaem:

- Ênfase na promoção da saúde e a prevenção da doença (cuidados de primeira linha) em detrimento de cuidados mais diferenciados e dispendiosos. Esta priorização da atuação decorre de um sistema de financiamento por capitação ajustada^{ix} (pelas características dos indivíduos que influenciam as suas necessidades em saúde)^{2,63}. Desta forma, é incentivado o enfoque nas fases primárias da doença e no estado geral de saúde do indivíduo em oposição à resposta à doença, mais complexa e onerosa⁹³;
- Autogestão das doenças através de tecnologias de informação e comunicação. A título de exemplo, na Inglaterra, Noruega ou Canadá as teleconsultas permitiram melhorias no autocontrolo de doenças crónicas com reflexo na redução das admissões nos SU^{26,94,95};
- Concentração das práticas clínicas nas características e necessidades individuais dos utentes, nomeadamente através de intervenções articuladas e dirigidas a doentes com condições crónicas, comorbilidades e grupos específicos (idosos, utilizadores frequentes dos recursos hospitalares entre outros)^{63,75–77,81,96}. Neste âmbito, estão contemplados programas como a “gestão da doença” e a “gestão de caso”.
A “gestão da doença” traduz-se na prestação integrada e compreensiva de cuidados a uma população com diagnóstico de determinada doença. A longo prazo, uma perspetiva reativa deverá dar lugar a uma pró-ativa, também ela ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença².
A “gestão de caso” é definida pela *American Case Management Association* como “um processo colaborativo que engloba a comunicação e facilita o cuidado ao longo de um processo contínuo através da coordenação eficaz de recursos (...) cujos objetivos incluem o alcance de um bom nível de saúde, o acesso aos cuidados e uso adequado dos recursos, contemplando o direito do doente à autodeterminação”⁹⁷. A referida coordenação da prestação de cuidados a um

^{ix} Sistema de remuneração através do qual é atribuído um valor fixo por utente inscrito, independentemente do volume de serviços a prestar⁹³.

doente é da responsabilidade de um “gestor de caso” (profissional de saúde com ou sem formação médica);

- Atuação de equipas multi e interdisciplinares (complementaridade e objetivos comuns entre especialidades profissionais), comunicação efetiva/eficaz, partilha de informação, *guidelines* de atuação e protocolos baseados em evidência e referência médica entre prestadores de primeira e segunda linha, constituindo mecanismos potenciadores de uma capacidade, qualidade e eficiência do desempenho assistencial superior (comparativamente a contextos fragmentados)^{63,77,94};
- Trabalho conjunto para um objetivo comum com responsabilidade pelo desempenho partilhada.

A expectativa de uma menor utilização dos SU por via dos mecanismos subjacentes à integração vertical de cuidados de saúde encontra reflexo na literatura, conforme ilustra a Tabela 3 onde se apresentam as principais conclusões de alguns estudos.

Tab. 3: Síntese de estudos que evidenciam a relação entre intervenções inerentes aos cuidados integrados e a diminuição da utilização dos SU

INTERVENÇÕES	INCIDÊNCIA DA DIMINUIÇÃO DA UTILIZAÇÃO DOS SU
Acesso e continuidade dos cuidados primários ^{6,8,35}	Utilização geral Utilização por idosos
Assistência médica regular ³⁰	Utilização inadequada
“Sistema de Serviços Integrados para Idosos” (SIPA) liderado pelos cuidados primários e que operacionaliza a gestão de casos ⁶⁷	Utilização por idosos
Foco no utente, com consequências ao nível da autogestão da doença e envolvimento do doente ⁹⁸	Utilização frequente por doentes crónicos
Perceção da prestação de cuidados centrada no doente, oportuna e acessível ⁹⁹	Utilização geral
Gestão de casos ^{19,43,100–103}	Utilizadores frequentes Utilização geral
Interprofissionalidade ¹⁰⁴	Utilização por doentes crónicos
Continuidade dos cuidados ^{7,9,10,39}	Utilização geral Utilização por idosos com múltiplas condições médicas
Transições adequadas entre níveis de cuidados ⁸²	Utilização frequente por doentes crónicos

Muito embora resultados acima façam esperar uma menor utilização dos SU através de intervenções associados à integração, identificaram-se alguns estudos cujas conclusões divergem desta evidência.

No que se refere à gestão de casos multidisciplinar, um estudo constatou um aumento da utilização dos SU por utilizadores frequentes¹⁰⁵.

Relativamente ao acesso e continuidade no nível primário de cuidados, alguns autores concluíram que os utilizadores frequentes dos SU por eles estudados haviam tido acesso, continuidade e elevadas taxas de utilização dos cuidados de nível primário²³ e outros, que as admissões nos SU relacionadas com a saúde mental não foram sensíveis a uma melhoria no acesso aos cuidados primários ou à respetiva continuidade¹¹. Segundo eles, melhorar isoladamente estes atributos dos cuidados primários pode não gerar reduções significativas na procura dos SU, sendo provavelmente necessárias abordagens adicionais¹¹.

Um outro estudo questiona a premissa de que as intervenções focadas no aumento do acesso a um médico de cuidados primários proporcionam uma diminuição na frequência das admissões nos SU, supondo que cuidados primários e de urgência são substitutos entre si. Concluem que a utilização dos SU é complementar (e não substituta) dos cuidados primários, pelo que, aquelas intervenções não terão um impacto significativo na redução da utilização dos SU. Em alternativa, defendem a promoção do uso adequado dos recursos e uma melhor coordenação dos cuidados, incluindo os SU como parte do *continuum*¹⁰⁶.

Divergente é ainda a afirmação de uma autora de que nenhum modelo de prestação integrada de cuidados parece ter demonstrado uma redução sustentada no uso dos serviços hospitalares^{107,108}, uma vez que a integração de cuidados permite identificar necessidades insatisfeitas que aumentam as admissões não programadas no curto prazo¹⁰⁷⁻¹⁰⁹. Trata-se de um modelo organizativo da prestação de cuidados que concentra maior atenção nas necessidades do doente, aumentando por isso a probabilidade de que se revelem necessidades por atender¹⁰⁸.

A constatação de que nenhum modelo de prestação integrada demonstrou uma redução sustentada no uso dos serviços foi também atribuída a integrações focadas num número reduzido de doentes (com elevado risco de admissão e expressivo consumo de recursos), não permitindo melhorar a eficiência do sistema¹.

Sumarizando o presente capítulo, temos que a literatura permite concluir que os modelos organizacionais da prestação de cuidados de saúde (também) influenciam a utilização dos SU. Ao privilegiar intervenções programadas, a integração vertical faz

esperar uma menor procura de cuidados urgentes, contudo, alguma evidência diverge. São múltiplos, complexos e interdependentes os princípios que acompanham esta forma de organização dos serviços. No contexto do estudo a desenvolver, destacar-se-á a priorização da atuação ao nível da manutenção da saúde e prevenção da doença.

2.3. Questões de investigação e Objetivos

Do quadro conceptual anteriormente apresentado, decorrem as seguintes questões de investigação:

- I. Em Portugal Continental, os SU são mais ou menos usados pelos utentes em ULS do que pelos utentes em unidades não integradas verticalmente?
- II. Que fatores poderão explicar a diferença na utilização dos SU pelos distintos modelos organizacionais? Estará a utilização dos CSP a contribuir para essa diferença?

De forma a responder às questões elencadas, foram definidos como objetivos gerais do presente trabalho os seguintes:

- I. Testar a utilização dos SU nos contextos organizacionais ULS e não-ULS;
- II. Identificar fatores explicativos da utilização dos SU em cada um dos contextos.

Traduzindo a operacionalização das ações a realizar, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- i. Analisar a média de episódios de urgência dos utentes em contexto ULS e em contexto não-ULS;
- ii. Analisar a média de episódios de urgência dos utilizadores frequentes, dos utentes com dois ou mais problemas de saúde e dos idosos em contexto ULS e em contexto não-ULS;
- iii. Analisar a média de episódios de urgência dos utentes nas oito ULS;
- iv. Verificar a relação dos seguintes determinantes com a utilização dos SU, em ambos os contextos:
 - Disponibilidade de SU e distância ao SU mais próximo;

- Tipologia de área do ACeS em que o utente se encontra inscrito;
- Densidade populacional do ACeS em que o utente se encontra inscrito;
- Utilização dos CSP (consultas médicas e de enfermagem);
- Isenção do pagamento de taxas moderadoras (TM);
- Médico de Família (MdF) ativo.

3. METODOLOGIA

3.1. Revisão bibliográfica

A revisão bibliográfica, através da qual se desenvolveu o enquadramento teórico, foi realizada através de consulta das seguintes fontes: *PubMed*, *Web of Science* e *Scopus*.

A pesquisa (sem restrições cronológicas ou outras) foi efetuada através das seguintes palavras-chave e diferentes combinações destas: *integrated/organized delivery system*, *integrated care/health care/services/system/delivery*, *integrated service network*, *provider/health care/services/ system integration*, *vertical integration*, *continuity of care*, *chains of care*, *care coordination*, *coordinated care*, *emergency room/department utilization/use*, *emergency admission/visit*, *primary care utilization/use*.

Na seleção dos artigos privilegiaram-se as revisões sistemáticas da literatura e os estudos ocorridos nos últimos 10 anos.

3.2. Desenho do estudo

Para testar a utilização dos SU nos contextos organizacionais ULS e não-ULS, foi desenvolvido um estudo observacional transversal e retrospectivo.

Através de regressão linear múltipla identificaram-se fatores explicativos da utilização dos SU para cada um dos contextos. Trata-se de um método estatístico que permite a modelagem da relação entre variáveis e explicação do valor de uma variável dependente (quantitativa) a partir de um conjunto de variáveis independentes /explicativas (duas ou mais)¹¹⁰.

3.3. Fontes de informação e critérios de exclusão

Os dados utilizados no estudo foram cedidos pela Administração Central do Sistema de Saúde à Escola Nacional de Saúde Pública de forma anonimizada, que por sua vez os cedeu para realização do presente Trabalho. Trata-se de uma base de dados constituída pelos episódios de urgência ocorridos em Portugal Continental no ano de 2015. Encontra-se estruturada por utente utilizador dos SU e inclui informação sobre as suas características individuais e sobre os episódios de urgência.

Foram acrescentadas à referida base de dados as seguintes variáveis: distância ao SU mais próximo em km's e minutos, SU disponíveis a menos de 60 minutos, % Área Predominantemente Urbana (APU), % Área Mediamente Urbana (AMU), % Área Predominantemente Rural (APR) e Densidade Populacional (DP) dos ACeS de inscrição dos utentes. As fontes de informação e metodologias de cálculo destas variáveis encontram-se descritas no Anexo I.

Na Tabela 4 apresentam-se as variáveis consideradas no estudo.

Tab. 4: Variáveis de estudo

VARIÁVEIS		CATEGORIZAÇÃO	MÉTRICA
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS DOS UTENTES*	Categorização da variável "género do utente" em 2 classes	1- Feminino 0- Masculino	Valor observado na variável "género do utente"
	Categorização da variável "idade do utente em anos" em 14 classes	1) 18-22anos	Valor observado na variável "idade do utente em anos"
		2) 23-27 anos	
		3) 28-32 anos	
		4) 33-37 anos	
		5) 38-42 anos	
		6) 43-47anos	
		7) 48-52 anos	
		8) 53-57 anos	
		9) 58-62 anos	
		10) 63-67 anos	
		11) 68-72 anos	
		12) 73-77 anos	
		13) 78-82 anos	
		14) 83 anos ou mais	
	Categorização da variável "isenção de taxas moderadoras" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "isenção de taxas moderadoras"
	Categorização da variável "fumador" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "fumador"
	Categorização da variável "consumo de álcool" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "consumo de álcool"
	Categorização da variável "diabetes" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "diabetes"
	Categorização da variável "hipertensão arterial" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "hipertensão arterial"
	Categorização da variável "neoplasia maligna" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "neoplasia maligna"
	Categorização da variável "asma" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "asma"
	Categorização da variável "doença pulmonar obstrutiva crónica" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "doença pulmonar obstrutiva crónica"

* No Anexo II são especificados os problemas de saúde registados nas listas de problemas ativos nos processos clínicos dos utentes nos CSP, os quais identificam as variáveis: hábito tabágico, consumo de álcool, diabetes, hipertensão arterial (HTA), neoplasia maligna, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica (DPOC), depressão, ansiedade e VIH/Sida.

CARACTERÍSTICAS CONTEXTUAIS	Categorização da variável "depressão" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "depressão"
	Categorização da variável "ansiedade" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "ansiedade"
	Categorização da variável "VIH/Sida" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "VIH/Sida"
	Categorização do número de problemas de saúde em 8 classes	0- sem problemas de saúde 1- um problema de saúde 2- dois problemas de saúde 3- três problemas de saúde 4- quatro problemas de saúde 5- cinco problemas de saúde 6- seis problemas de saúde 7- sete problemas de saúde 8- oito problemas de saúde	Valor resultante da soma dos problemas de saúde do utente no conjunto dos oito em análise NOTA: para o efeito não foram contemplados o hábito tabágico e o consumo abusivo do álcool sendo considerados comportamentos de risco
	Categorização da variável "quantidade de episódios de urgência" em 4 classes	1- um episódio 2- dois episódios 3- três episódios 4- quatro ou mais episódios	Valor observado na variável "quantidade de episódios de urgência"
	Categorização da distância entre o utente e o SU mais próximo em Km's, em 9 classes*	1) 0,2 - 8,2 Km 2) 8,2 - 16,2 Km 3) 16,2 - 24,2 Km 4) 24,2 - 32,2 Km 5) 32,2 - 40,2 Km 6) 40,2 - 48,2 Km 7) 48,2 - 56,2 Km 8) 56,2 - 64,2 Km 9) 64,2 - 72,2 Km	Valor resultante do cálculo da distância em km's, entre a localidade/zona do Centro de Saúde associado ao utente e o SU mais próximo
	Categorização da distância entre o utente e o SU mais próximo em minutos, em 9 classes*	1) 0,5 - 7,5 minutos 2) 7,5 - 14,5 minutos 3) 14,5 - 21,5 minutos 4) 21,5 - 28,5 minutos 5) 28,5 - 35,5 minutos 6) 35,5 - 42,5 minutos 7) 42,5 - 49,5 minutos 8) 49,5 - 56,5 minutos 9) 56,5 - 63,5 minutos	Valor resultante do cálculo da distância em minutos, entre a localidade/zona do Centro de Saúde associado ao utente e o SU mais próximo
	Categorização da quantidade de SU disponíveis a menos de 60 minutos, em 10 classes*	1) 1 - 3 Serviços de Urgência 2) 3 - 5 Serviços de Urgência 3) 5 - 7 Serviços de Urgência 4) 7 - 9 Serviços de Urgência 5) 9 - 11 Serviços de Urgência 6) 11 - 13 Serviços de Urgência 7) 13 - 15 Serviços de Urgência 8) 15 - 17 Serviços de Urgência 9) 17 - 19 Serviços de Urgência 10) 19 - 21 Serviços de Urgência	Valor resultante do cálculo da quantidade de SU disponíveis num raio de 60 minutos, com centro na localidade/zona do Centro de Saúde associado ao utente
	Categorização da "Área Predominantemente Urbana" do ACeS em que o utente se encontra inscrito em 5 classes	1) 0 - 20% 2) 20 - 40% 3) 40 - 60% 4) 60 - 80% 5) 80 - 100%	Valor resultante do cálculo da proporção de população em "Área Predominantemente Urbana", na população total do ACeS em que o utente se encontra inscrito
	Categorização da "Área Mediamente Urbana" do ACeS em que o utente se encontra inscrito em 3 classes	1) 0 - 20% 2) 20 - 40% 3) 40 - 60%	Valor resultante do cálculo da proporção de população em "Área Mediamente Urbana", na população total do ACeS em que o utente se encontra inscrito
	Categorização da "Área Predominantemente Rural" do ACeS em que o utente se encontra inscrito em 3 classes	1) 0 - 20% 2) 20 - 40% 3) 40 - 60%	Valor resultante do cálculo da proporção de população em "Área Predominantemente Rural", na população total do ACeS em que o utente se encontra inscrito

Categorização da densidade populacional do ACeS em que o utente se encontra inscrito em 8 classes	1) 0 - 75 habitantes/km ² 2) 75 - 150 habitantes/km ² 3) 150 - 300 habitantes/km ² 4) 300 - 600 habitantes/km ² 5) 600 - 1 200 habitantes/km ² 6) 1 200 - 2 400 habitantes/km ² 7) 2 400 - 4 800 habitantes/km ² 8) 4 800 habitantes ou mais/km ²	Valor resultante do quociente da população do ACeS em que o utente se encontra inscrito, pela respetiva superfície
Categorização da variável "quantidade de consultas médicas diretas (presenciais) nos Cuidados de Saúde Primários" em 5 classes	1) 0 consultas 2) 1 - 3 consultas 3) 4 - 6 consultas 4) 7 - 9 consultas 5) 10 ou mais consultas	Valor observado na variável "quantidade de consultas médicas diretas (presenciais) nos Cuidados de Saúde Primários"
Categorização da variável "quantidade de consultas médicas indiretas (não presenciais) nos Cuidados de Saúde Primários" em 5 classes	1) 0 consultas 2) 1 - 3 consultas 3) 4 - 6 consultas 4) 7 - 9 consultas 5) 10 ou mais consultas	Valor observado na variável "quantidade de consultas médicas indiretas (não presenciais) nos Cuidados de Saúde Primários"
Categorização da variável "quantidade de consultas de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários" em 5 classes	1) 0 consultas 2) 1 - 3 consultas 3) 4 - 6 consultas 4) 7 - 9 consultas 5) 10 ou mais consultas	Valor observado na variável "quantidade de consultas de enfermagem nos Cuidados de Saúde Primários"
Categorização da variável "médico de família ativo" em 2 classes	0- Não 1- Sim	Valor observado na variável "médico de família ativo"

* O número de classes foi determinado pela fórmula de Sturges: $K \approx 1 + 3,322 \cdot \log_{10} n$ (em que k é o número de classes de uma amostra com n elementos), sendo a amplitude de cada classe resultado do quociente entre a amplitude da amostra e o número de intervalos.

O estudo incidiu sobre os utentes do Serviço Nacional de Saúde com 18 ou mais anos, residentes em Portugal Continental, inscritos num ACeS e que no ano de 2015 utilizaram uma qualquer tipologia de Serviço de Urgência hospitalar (Básica, Médico-Cirúrgica ou Polivalente) entre 1 e 10 vezes.

A amostra é constituída por 2.319.204 utentes e 4.290.020 episódios de urgência, resultante da exclusão de (1) 18 utentes com idade desconhecida, (2) 722.427 utentes com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos, (3) 6.704 utentes inscritos em unidades de CSP não identificadas, (4) 2.804 utentes não inscritos num ACeS e (5) 13.417 utentes que recorreram a um SU mais que 10 vezes no ano de 2015.

3.4. Utilização média e Modelos de Regressão

Para testar a utilização dos SU foi realizada uma análise comparativa entre os contextos ULS e não-ULS, tendo sido calculadas medidas de tendência central e de dispersão para os episódios de urgência numa perspetiva genérica, e nas perspetivas específicas do uso frequente (4 ou mais vezes por ano), por idosos (com idade igual ou superior a 65 anos) e por utentes com dois ou mais problemas de saúde identificados num conjunto constituído por oito (diabetes, hipertensão arterial, neoplasia maligna, asma, doença pulmonar obstrutiva crónica, depressão, ansiedade e VIH/Sida).

As médias obtidas revelam a concentração dos valores da distribuição dos episódios de urgência e os desvios-padrão a respetiva proximidade ou afastamento da média.

Através dos coeficientes de correlação de *Pearson* e *Spearman* foi quantificada a intensidade e a direção da associação entre a variável “episódios de urgência por utente” e as demais utilizadas como explicativas nos modelos de regressão linear múltipla¹¹⁰ concluindo-se que, globalmente, as correlações são significativas no nível 0,01 (bilateral).

Desenvolveram-se seis modelos para cada um dos contextos organizacionais em estudo – Tabela 5, através dos quais foram identificados fatores explicativos da utilização dos SU.

Num modelo de regressão linear múltipla, o coeficiente de regressão de uma variável independente/explicativa expressa a relação entre a variável dependente e a explicativa quando as restantes variáveis independentes são mantidas constantes.

Como variáveis independentes/explicativas, optou-se por incluir em todos os modelos as variáveis género, idade e comportamentos de risco e problemas de saúde, por serem características intrínsecas aos utentes. As demais, consideradas características contextuais, ditam, segundo a literatura, a utilização dos SU (distância aos serviços e disponibilidade dos mesmos, APU/AMU/APR dos ACeS, DP dos ACeS, utilização dos CSP, isenção de TM e MdF ativo). Estas foram testadas individualmente em modelos distintos, para se obter a intensidade e sentido da associação de cada uma à variável dependente mantendo todas as restantes características constantes.

A variável dependente (episódios de urgência por utente) apresentava uma distribuição assimétrica à esquerda, tendo-se recorrido à respetiva padronização pelo *z-score*^{xi}. Assim, e para se retirar da leitura dos coeficientes a variação em número médio de episódios de urgência, estes foram multiplicados pelo desvio-padrão da variável dependente.

Como método de seleção sequencial de variáveis foi utilizado o *stepwise* que permitiu “a remoção automática de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de novas variáveis”. A importância de uma variável é definida segundo a significância estatística do respetivo coeficiente no modelo¹¹⁰.

Para realizar a análise dos dados recorreu-se ao *software* IBM SPSS Statistics 24.0.

^{xi} Conversão em valores padronizados através do cálculo da distância à média em unidades de desvio-padrão.

Tab. 5: Modelos de regressão linear

VARIÁVEL DEPENDENTE		VARIÁVEIS EXPLICATIVAS
Modelo 1	Z-score dos episódios de urgência por utente	Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
		Distância ao SU mais próximo em Km
		Distância ao SU mais próximo em minutos
Modelo 2	Z-score dos episódios de urgência por utente	nº SU a menos de 60 minutos
		Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
		% Área Predominantemente Urbana do ACeS em que o utente está inscrito
Modelo 3	Z-score dos episódios de urgência por utente	% Área Mediamente Urbana do ACeS em que o utente está inscrito
		% Área Predominantemente Rural do ACeS em que o utente está inscrito
		Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
Modelo 4	Z-score dos episódios de urgência por utente	Densidade Populacional do ACeS em que o utente está inscrito
		Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
		nº Consultas médicas presenciais realizadas nos CSP
Modelo 5	Z-score dos episódios de urgência por utente	nº Consultas médicas não presenciais realizadas nos CSP
		nº Consultas enfermagem (presenciais e não presenciais) realizadas nos CSP
		Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
Modelo 6	Z-score dos episódios de urgência por utente	Isenção do pagamento de TM
		Género
		Idade
		Comportamentos de risco e Problemas de saúde
		Médico de Família ativo

Seguem-se a descrição da amostra e os resultados obtidos de maior relevância e interesse. Atendendo aos objetivos do estudo, na análise de dados serão enfatizadas as diferenças entre os contextos organizacionais ULS e não-ULS.

4. RESULTADOS

4.1. Descrição da amostra

A amostra estudada contemplou exclusivamente utentes que, no ano de 2105, recorreram aos SU, sendo que 86% (2.002.979 utentes) encontravam-se inscritos num ACeS não integrado numa ULS e os restantes 14% num ACeS integrado numa ULS (316.225 utentes) – Tabela 6.

Tab. 6: Caracterização da amostra

VARIÁVEIS	UTENTES			
	não ULS		ULS	
	n	%	n	%
TOTAL	2.002.979	100,0%	316.225	100,0%
Género				
Feminino	1.143.129	57,1%	177.367	56,1%
Masculino	859.850	42,9%	138.858	43,9%
Classe etária				
18-22 anos	136.137	6,8%	18.822	6,0%
23-27 anos	141.050	7,0%	19.631	6,2%
28-32 anos	152.764	7,6%	21.174	6,7%
33-37 anos	164.348	8,2%	22.636	7,2%
38-42 anos	164.257	8,2%	22.482	7,1%
43-47 anos	149.921	7,5%	21.214	6,7%
48-52 anos	151.983	7,6%	22.723	7,2%
53-57 anos	146.255	7,3%	23.254	7,4%
58-62 anos	136.938	6,8%	22.248	7,0%
63-67 anos	134.797	6,7%	21.969	6,9%
68-72 anos	127.115	6,3%	21.658	6,8%
73-77 anos	126.602	6,3%	23.251	7,4%
78-82 anos	122.553	6,1%	24.513	7,8%
≥ 83 anos	148.259	7,4%	30.650	9,7%
Isenção txs moderadoras				
Não	989.780	49,4%	143.433	45,4%
Sim	1.013.199	50,6%	172.792	54,6%
Comportamentos de risco				
Hábito tabágico				
Não	1.756.864	87,7%	279.646	88,4%
Sim	246.115	12,3%	36.579	11,6%
Consumo de álcool				
Não	1.961.400	97,9%	310.295	98,1%
Sim	41.579	2,1%	5.930	1,9%
Problemas de saúde				
Diabetes				
Não	1.774.312	88,6%	275.335	87,1%
Sim	228.667	11,4%	40.890	12,9%
HTA				
Não	1.411.576	70,5%	206.201	65,2%
Sim	591.403	29,5%	110.024	34,8%
Neoplasia maligna				
Não	1.887.950	94,3%	298.543	94,4%
Sim	115.029	5,7%	17.682	5,6%
Asma				
Não	1.944.169	97,1%	308.595	97,6%
Sim	58.810	2,9%	7.630	2,4%

VARIÁVEIS	UTENTES			
	não ULS		ULS	
	n	%	n	%
DPOC				
Não	1.954.270	97,6%	307.872	97,4%
Sim	48.709	2,4%	8.353	2,6%
Depressão				
Não	1.723.728	86,1%	273.018	86,3%
Sim	279.251	13,9%	43.207	13,7%
Ansiedade				
Não	1.834.272	91,6%	288.787	91,3%
Sim	168.707	8,4%	27.438	8,7%
VIH/Sida				
Não	1.996.689	99,7%	315.789	99,9%
Sim	6.290	0,3%	436	0,1%
nº problemas saúde				
0	1.053.378	52,6%	153.498	48,5%
1	533.371	26,6%	91.673	29,0%
2	307.258	15,3%	52.758	16,7%
3	89.346	4,5%	15.077	4,8%
4	17.361	0,9%	2.884	0,9%
5	2.102	0,1%	307	0,1%
6	155	0,0%	27	0,0%
7	7	0,0%	1	0,0%
8	1	0,0%		
nº urgências por utente				
1	1.184.294	59,1%	177.302	56,1%
2	425.169	21,2%	69.479	22,0%
3	185.825	9,3%	32.259	10,2%
≥ 4	207.691	10,4%	37.185	11,8%
Distância ao SU mais próximo				
0,2 - 8,2 km	1.281.987	64,0%	195.719	61,9%
8,2 - 16,2 km	367.719	18,4%	6.546	2,1%
16,2 - 24,2 km	207.403	10,4%	50.703	16,0%
24,2 - 32,2 km	104.308	5,2%	30.419	9,6%
32,2 - 40,2 km	24.851	1,2%	16.022	5,1%
40,2 - 48,2 km	14.151	0,7%	9.790	3,1%
48,2 - 56,2 km	2.560	0,1%	5.912	1,9%
56,2 - 64,2 km				
64,2 - 72,2 km			1.114	0,4%
Distância ao SU mais próximo				
0,5 - 7,5 minutos	627.196	31,3%	148.256	46,9%
7,5 - 14,5 minutos	680.991	34,0%	47.463	15,0%
14,5 - 21,5 minutos	402.557	20,1%	36.014	11,4%
21,5 - 28,5 minutos	185.687	9,3%	33.412	10,6%
28,5 - 35,5 minutos	78.014	3,9%	30.897	9,8%
35,5 - 42,5 minutos	24.812	1,2%	11.045	3,5%
42,5 - 49,5 minutos	2.681	0,1%	8.024	2,5%
49,5 - 56,5 minutos	1.041	0,1%	1.114	0,4%
nº SU a menos 60 minutos				
1 - 3	76.534	3,8%	113.563	35,9%
3 - 5	146.900	7,3%	80.802	25,6%
5 - 7	145.169	7,2%	28.282	8,9%
7 - 9	137.457	6,9%	14.082	4,5%
9 - 11	141.940	7,1%	20.261	6,4%
11 - 13	139.995	7,0%	19.943	6,3%
13 - 15	450.140	22,5%		
15 - 17	531.289	26,5%		
17 - 19	212.046	10,6%	39.292	12,4%
19 - 21	21.509	1,1%		

VARIÁVEIS	UTENTES			
	não ULS		ULS	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
APU do ACeS				
0 - 20%			5.964	1,9%
20 - 40%	148.724	7,4%	82.570	26,1%
40 - 60%	506.186	25,3%	188.399	59,6%
60 - 80%	417.628	20,9%		
80 - 100%	930.441	46,5%	39.292	12,4%
AMU do ACeS				
0 - 20%	1.251.590	62,5%	171.273	54,2%
20 - 40%	655.314	32,7%	144.952	45,8%
40 - 60%	96.075	4,8%		
APR do ACeS				
0 - 20%	1.410.433	70,4%	39.292	12,4%
20 - 40%	481.091	24,0%	188.399	59,6%
40 - 60%	111.455	5,6%	88.534	28,0%
Densidade populacional do ACeS				
0-75 hab/km ²	210.530	10,5%	214.270	67,8%
75-150 hab/km ²	417.673	20,9%	62.663	19,8%
150-300 hab/km ²	407.935	20,4%		
300-600 hab/km ²	190.614	9,5%		
600-1 200 hab/km ²	180.179	9,0%		
1 200-2 400 hab/km ²	300.813	15,0%		
2 400-4 800 hab/km ²	84.944	4,2%	39.292	12,4%
≥ 4 800 hab/km ²	210.291	10,5%		
nº consultas médicas diretas em CSP				
0	443.062	22,1%	63.222	20,0%
1 - 3	811.409	40,5%	128.652	40,7%
4 - 6	452.575	22,6%	74.627	23,6%
7 - 9	173.165	8,6%	28.445	9,0%
≥ 10	122.768	6,1%	21.279	6,7%
nº consultas médicas indiretas em CSP				
0	1.221.454	61,0%	174.143	55,1%
1 - 3	556.132	27,8%	96.815	30,6%
4 - 6	144.428	7,2%	28.197	8,9%
7 - 9	48.043	2,4%	10.064	3,2%
≥ 10	32.922	1,6%	7.006	2,2%
nº consultas enfermagem em CSP				
0	812.746	40,6%	97.939	31,0%
1 - 3	724.206	36,2%	114.449	36,2%
4 - 6	227.869	11,4%	47.342	15,0%
7 - 9	93.740	4,7%	20.624	6,5%
≥ 10	144.418	7,2%	35.871	11,3%
Médico de Família ativo				
Não	281.885	14,1%	27.015	8,5%
Sim	1.721.094	85,9%	289.210	91,5%

No que concerne às características da amostra (Tabela 6), merecem destaque os seguintes aspetos:

- Existe uma predominância de doentes do género feminino e idêntica proporção entre os géneros, em ambos os contextos;

- Nas ULS, a proporção de doentes entre os 18 e os 52 anos é inferior em relação às não-ULS, tornando-se superior a partir dos 53 anos (e de forma mais acentuada a partir dos 73 anos);
- A proporção de utentes isentos do pagamento de taxas moderadoras é 4% superior nas ULS, comparativamente com as não ULS;
- Ao nível dos problemas de saúde destaca-se a existência de cerca de 5% mais doentes hipertensos em ULS do que em não-ULS. A percentagem de utentes sem qualquer problema de saúde (dos oito em estudo) é ligeiramente inferior no contexto ULS, sendo em ambos inexpressivo o número de utentes com quatro ou mais problemas;
- Considerando-se “utilizadores frequentes” os doentes com 4 ou mais episódios de urgência no ano, verifica-se que a expressão deste grupo de utentes é mais acentuada no contexto ULS;
- Em ambos os contextos mais de 60% dos utentes encontram-se a uma distância do SU mais próximo que varia entre 0,2 e 8,2 km. Os demais utentes estão mais distantes do SU mais próximo no contexto ULS do que no contexto não-ULS;
- Quanto à distância em tempo, verifica-se que é consideravelmente superior a proporção de utentes em contexto ULS que acede a um SU no período de 0,5 - 7,5 minutos (46,9%) comparativamente com o contexto não-ULS (31,3%). Inversamente, quando o SU mais próximo dista entre 7,5 e 21,5 minutos, é consideravelmente inferior a proporção de utentes em contexto ULS (26,4%) comparativamente com aqueles que se encontram em contexto não-ULS (54,1%);
- A grande maioria dos utentes em contexto ULS (61,5%) têm disponíveis entre 1 e 5 SU num período inferior a 60 minutos, enquanto 60% dos utentes em contexto não ULS têm disponíveis entre 13 a 19 SU;
- Os ACeS em que se encontram inscritos os utentes em contexto ULS têm uma maior predominância de área rural, do que aqueles em que se encontram inscritos os utentes em contexto não-ULS. A desproporcionalidade existente entre contextos é de cerca de 22% (28% vs 5,6%), superior no contexto ULS;
- Os ACeS em que se encontram inscritos os utentes das ULS têm maioritariamente (67,8%) uma fraca densidade populacional – entre 0 e 75 habitantes por km². Inversamente, têm o mesmo número de habitantes por km²,

apenas 10,5% dos ACeS em que se encontram inscritos os utentes das unidades não integradas;

- Relativamente ao contexto em comparação, nas ULS existem menos utentes sem utilização dos CSP (destacando-se as consultas de enfermagem com uma diferença que ronda os 10%) e sem MdF ativo (menos 5,6% que em não ULS).

4.2. Utilização média dos serviços de urgência por utente

Tab. 7: Principais resultados da utilização média dos Serviços de Urgência por utente

VARIÁVEIS	EPISÓDIOS DE URGÊNCIA				MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
	não ULS		ULS		não ULS	ULS	não ULS	ULS
	n	%	n	%				
TOTAL	3.680.879	100,0%	609.141	100,0%	1,84	1,93	1,411	1,483
Nível de utilização do SU								
Básico	561.584	15,3%	195.966	32,2%	0,28	0,62	0,762	1,151
Médico-Cirúrgico	1.651.171	44,9%	370.083	60,8%	0,82	1,17	1,215	1,332
Polivalente	714.376	19,4%	15.983	2,6%	0,36	0,05	0,902	0,313
Distância ao SU mais próximo								
32,2 - 40,2 km	44.928	1,2%	28.399	4,7%	1,81	1,77	1,371	1,334
40,2 - 48,2 km	25.186	0,7%	17.142	2,8%	1,78	1,75	1,343	1,293
48,2 - 56,2 km	4.469	0,1%	9.913	1,6%	1,75	1,68	1,354	1,245
Distância ao SU mais próximo								
35,5 - 42,5 minutos	43.410	1,2%	19.083	3,1%	1,75	1,73	1,327	1,275
42,5 - 49,5 minutos	5.009	0,1%	13.673	2,2%	1,87	1,70	1,441	1,272
56,5 - 63,5 minutos	1.753	0,0%	1.841	0,3%	1,68	1,65	1,189	1,186
nº SU a menos 60 minutos								
5 - 7	274.017	7,4%	52.851	8,7%	1,89	1,87	1,451	1,411
7 - 9	261.707	7,1%	25.996	4,3%	1,90	1,85	1,461	1,419
APR do ACeS								
40 - 60%	214.530	5,8%	169.358	27,8%	1,92	1,91	1,478	1,468
nº consultas enfermagem em CSP								
7 - 9	218.823	5,9%	46.674	7,7%	2,33	2,26	1,787	1,747
≥ 10	381.787	10,4%	92.904	15,3%	2,64	2,59	1,990	1,950

Na Tabela 7 encontram-se os resultados a destacar no que respeita à utilização média dos SU por utente. Decorre que, no ano de 2015, a diferença do número médio de episódios de urgência por utente no contexto de ULS e não-ULS é de 0,09 ($1,93 \pm 1,483$; $1,84 \pm 1,411$) podendo-se interpretar que, em 100 doentes, existiram mais 9 episódios de utilizadores ULS do que dos demais utilizadores. A referida diferença mostra-se estatisticamente significativa – $p=0,00$.

Por nível de utilização, mantem-se uma maior utilização média dos SUB e SUMC pelos utentes em contexto ULS com diferenças de mais 34 episódios de urgência ($0,62 \pm 1,151$; $0,28 \pm 0,762$) e de mais 35 episódios de urgência ($1,17 \pm 1,332$; $0,82 \pm 1,215$) em cada 100 doentes, respetivamente. Exceciona-se a utilização dos SUP em que a diferença do número médio de episódios de urgência por utente no contexto de ULS e não-ULS é de $-0,3$ ($0,05 \pm 0,313$; $0,36 \pm 0,902$) isto é, em 100 doentes, existiram menos 31 episódios de utilizadores ULS do que dos demais utilizadores^{xii}. As referidas diferenças mostram-se igualmente com significância estatística – $p=0,00$.

Globalmente existe uma maior utilização média dos SU pelos doentes em contexto ULS – Anexo III. Contudo, são exceção algumas condições relacionadas com fatores contextuais (Tabela 7):

- Quando o SU mais próximo dista entre 32,2 e 56,2 km da unidade de CSP em que o utente se encontra inscrito;
- Quando o tempo entre a unidade de CSP em que o utente se encontra inscrito e o SU mais próximo é superior a 35,5 minutos e inferior a 63,5 minutos;
- Quando existem entre 5 a 9 SU a menos de 60 minutos da unidade de CSP em que o utente se encontra inscrito;
- Quando a área rural do ACeS em que o doente se encontra inscrito representa entre 40 a 60%;
- Quando a quantidade de consultas de enfermagem realizadas ao utente nos CSP é igual ou superior a 7.

4.3. Utilização média dos serviços de urgência por grupos de utentes: utilizadores frequentes, utentes com dois ou mais problemas de saúde e idosos

Conforme se observa na Tabela 8 os utilizadores frequentes, os doentes com dois ou mais problemas de saúde e os idosos no contexto ULS têm também uma utilização

^{xii} A tipologia SUP é inexistente em contexto ULS e representa 15% dos SU em contexto de cuidados não integrados. Em ambos os contextos os SUMC rondam os 40%, enquanto os SUB constituem 57% dos SU disponíveis entre as ULS, e 45% dos SU entre as não-ULS ⁽¹⁷⁾.

média do SU superior aos que se encontram num contexto não ULS. As diferenças identificadas são igualmente significativas – $p=0,00$.

Tab. 8: Utilização média dos Serviços de Urgência por grupos de utentes

	UTENTES		EPISÓDIOS DE URGÊNCIA		MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
	não ULS	ULS	não ULS	ULS	não ULS	ULS	não ULS	ULS
Utilizadores frequentes	207.691	37.185	1.088.772	196.104	5,24	5,27	1,531	1,551
Utilizadores com dois ou mais problemas de saúde	416.230	71.054	856.111	154.019	2,06	2,17	1,591	1,675
Utilizadores idosos	605.686	113.243	1.210.752	236.952	2,00	2,09	1,533	1,606

4.4. Utilização média dos serviços de urgência por ULS

Tab. 9: Utilização média dos Serviços de Urgência por ULS

	UTENTES		EPISÓDIOS DE URGÊNCIA		MÉDIA	DESVIO PADRÃO
	n	%	n	%		
ULS 1	42.558	2,1%	82.751	2,2%	1,94	1,477
ULS 2	39.292	1,9%	72.989	1,9%	1,86	1,424
ULS 3	62.663	3,0%	117.584	3,1%	1,88	1,417
ULS 4	40.012	2,0%	76.690	2,0%	1,92	1,490
ULS 5	28.152	1,4%	50.525	1,4%	1,79	1,333
ULS 6	35.574	1,7%	70.743	1,9%	1,99	1,533
ULS 7	36.313	1,8%	71.653	1,9%	1,97	1,560
ULS 8	31.661	1,6%	66.206	1,8%	2,09	1,639

A Tabela 9 permite verificar que a diferença do número médio de episódios de urgência por utente entre a ULS 8 e a ULS 5 é de 0,30 ($2,09 \pm 1,639$; $1,79 \pm 1,333$), isto é, verifica-se uma diferença de 30 episódios em cada 100 doentes entre a ULS que apresenta o maior valor médio de utilização do SU e a que apresenta o menor.

A utilização média dos SU na ULS 5 (1,79) encontra-se abaixo do número médio de episódio de urgência em contexto não-ULS (1,84).

As ULS 2, 3, 4 e 5 apresentam uma utilização média dos SU inferior à média apurada para o contexto ULS (1,93).

4.5. Modelos de regressão

Para cada um dos contextos organizacionais em estudo foram desenvolvidos seis modelos de regressão, cujos coeficientes de cada um dos modelos finais (resultantes do processo de iteração com seleção de variáveis *stepwise*) são apresentados nas Tabelas 10 e 11. Todas as variáveis são estatisticamente significativas e os erros padrão dos coeficientes robustos (Anexos IV e V – *Outputs* do *software* SPSS)^{xiii}.

Recorde-se que uma vez estandardizada a variável dependente pelo *z-score*, e para uma leitura em termos de média de episódios de urgência, os coeficientes de regressão obtidos foram multiplicados pelo desvio-padrão da amostra (1,421).

Segue-se uma análise da relação entre as variáveis dependente e explicativas em que foram controlados o género, a idade e os problemas de saúde e comportamentos de risco dos utentes.

Quer em contexto ULS quer não-ULS, existe um conjunto de condições inerentes aos utentes que se destacam no que se refere à capacidade explicativa da utilização do SU, simultaneamente nos Modelos 1, 2, 3 e 6: ter VIH/Sida, DPOC ou neoplasia maligna, consumir abusivamente álcool e ter 65 ou mais anos.

No âmbito das características “distância ao SU mais próximo” e “disponibilidade de SU num raio de 60 minutos” (Modelos 1), a existência de 1 a 7 SU a menos de 60 minutos do utente revela alguma capacidade explicativa num uso acrescido do serviço em estudo [0,2 ($p=0,00$) nos dois contextos]. Em contexto não ULS segue-se a existência de 7 a 13 SU a menos de 60 minutos do utente [0,1 ($p=0,00$)], enquanto em contexto ULS, *ex aequo*, apresenta-se a distância a um SU entre 0,5 e 21,5 minutos [0,2 ($p=0,00$)].

Uma distância ao SU superior a 48,2 km revela um cariz protetor [-0,2 ($p=0,00$) em não ULS e -0,1 ($p=0,00$) em ULS].

Quanto à capacidade explicativa da componente de urbanidade/ruralidade ou a densidade populacional do ACeS associado ao utente (Modelos 2 e 3), destaca-se o facto de se apresentar como fator protetor a APU entre 0% e 20%, apenas dos ACeS de inscrição dos utentes ULS [-0,3 ($p=0,00$)].

^{xiii} Os valores apresentados não se encontram multiplicados pelo desvio-padrão da amostra.

Tab. 10: Coeficientes de regressão - contexto não-ULS

<i>Var. dependente: Z-score dos episódios de urgência por utente</i>	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Género feminino	0,107	0,108	0,108	0,049	0,085	0,107
Classe etária						
18-35 anos	0,14	0,16	0,139	-0,125	0,052	0,139
36-50 anos		0,021			-0,091	
51-65 anos	-0,022		-0,02	-0,162	-0,145	-0,02
≥ 65 anos	0,164	0,186	0,166	0,008		0,168
Comportamentos risco						
Hábito tabágico	0,056	0,054	0,054	0,032	0,04	0,051
Consumo álcool	0,2	0,193	0,196	0,15	0,16	0,198
Problemas saúde						
Ansiedade	0,071	0,069	0,069	0,019	0,056	0,07
Asma	0,083	0,082	0,081	0,04	0,067	0,08
Depressão	0,118	0,114	0,114	0,046	0,094	0,115
Diabetes	0,122	0,119	0,119	0,009	0,044	0,12
DPOC	0,286	0,284	0,285	0,206	0,261	0,283
VIH/Sida	0,31	0,313	0,311	0,278	0,241	0,302
HTA	0,015	0,01	0,011	-0,072	-0,014	0,012
Neoplasia maligna	0,19	0,188	0,188	0,117	0,146	0,187
Distância SU mais próximo						
24,2 - 48,2 km	-0,047					
48,2 - 72,2 km	-0,14					
Distância SU mais próximo						
0,5 - 21,5 minutos	0,047					
SU's a menos 60 min.						
1 - 7	0,161					
7 - 13	0,091					
13 - 19	0,06					
APU do ACES						
20 - 40%		0,071				
40 - 60%		0,012				
80 - 100%		-0,032				
AMU do ACES						
0 - 20%		0,005				
40 - 60%		-0,015				
APR do ACES						
40 - 60%		-0,011				
Densidade Popul. do ACES						
0-300 hab/km ²			0,039			
Consultas médicas diretas CSP						
0				-0,047		
4 - 6				0,107		
7 - 9				0,288		
≥ 10				0,508		
Consultas médicas indiretas						
CSP						
0				-0,027		
4 - 6				0,065		
7 - 9				0,15		
≥ 10				0,249		
Consultas enfermagem CSP						
1 - 3				0,027		
4 - 6				0,135		
7 - 9				0,281		
≥ 10				0,432		
Isenção TM					0,265	
MdF ativo						-0,014

Tab. 11: Coeficientes de regressão - contexto ULS

<i>Var. dependente: Z-score dos episódios de urgência por utente</i>	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6
Género feminino	0,071	0,072	0,073	0,019	0,051	0,073
Classe etária						
18-35 anos	0,122	0,12	0,149	0,116	0,047	0,119
36-50 anos			0,03		-0,076	
51-65 anos	-0,028	-0,03		-0,052	-0,136	-0,03
≥ 65 anos	0,17	0,16	0,188	0,107		0,161
Comportamentos risco						
Hábito tabágico	0,075	0,078	0,082	0,059	0,062	0,074
Consumo álcool	0,175	0,177	0,17	0,133	0,132	0,171
Problemas saúde						
Ansiedade	0,11	0,107	0,107	0,053	0,09	0,106
Asma	0,107	0,104	0,104	0,056	0,09	0,101
Depressão	0,115	0,116	0,116	0,049	0,092	0,115
Diabetes	0,119	0,117	0,117		0,051	0,117
DPOC	0,277	0,274	0,27	0,185	0,25	0,269
VIH/Sida	0,295	0,297	0,296	0,235	0,201	0,275
HTA	0,033	0,032	0,033	-0,046		0,033
Neoplasia maligna	0,197	0,197	0,195	0,123	0,157	0,194
Distância SU mais próximo						
0,2 - 24,2 km	0,023					
48,2 - 72,2 km	-0,092					
Distância SU mais próximo						
0,5 - 21,5 minutos	0,119					
42,5 - 63,5 minutos	-0,055					
SU's a menos 60 min.						
1 - 7	0,125					
7 - 13	0,072					
APU do ACES						
0 - 20%		-0,204				
80 - 100%		-0,093				
AMU do ACES						
0 - 20%		0,035				
Densidade Popul. do ACES						
≥ 2400 hab/km ²			-0,07			
Consultas médicas diretas CSP						
1 - 3				0,054		
4 - 6				0,143		
7 - 9				0,298		
≥ 10				0,483		
Consultas médicas indiretas CSP						
0				-0,14		
1 - 3				-0,084		
7 - 9				0,056		
≥ 10				0,196		
Consultas enfermagem CSP						
1 - 3				0,028		
4 - 6				0,109		
7 - 9				0,2		
≥ 10				0,33		
Isenção TM					0,266	
MdF ativo						-0,033

Nos Modelo 5 de ambos os contextos organizacionais, o facto do utente se encontrar isento do pagamento de taxas moderadoras é o fator com maior capacidade explicativa de uma utilização superior dos SU [0,4 ($p=0,00$)].

Finalmente, ter médico de família ativo apresenta uma vertente protetora inexpressiva relativamente ao uso do SU em ambos os contextos (Modelo 6).

5. DISCUSSÃO

5.1. Discussão Metodológica

Desde logo é de salientar o carácter inovador da fonte de informação que viabiliza a realização do presente estudo, na medida em que agrega informação dos utentes relativa aos cuidados primários e hospitalares, ao nível nacional. A conjugação destas informações, além de outras potencialidades, é facilitadora de uma análise no âmbito da integração vertical de cuidados de saúde.

Não obstante, merecem ressalva as seguintes limitações:

- Foi considerado apenas o ano de 2015, o que se revela impeditivo para estabelecer qualquer tipo de considerações com fundamento numa análise longitudinal, pelo que não se poderá inferir sobre os resultados apurados nem concluir acerca de uma tendência na utilização do SU pelas ULS;
- As ULS foram analisadas de forma conjunta (contexto ULS), pelo que, a título individual, poderão ser estabelecidas apenas conjeturas;
- Na impossibilidade de exclusão, as grávidas e os utentes que recorreram aos SU dos Institutos Portugueses de Oncologia e dos hospitais especializados numa única valência (Pediatría, Psiquiatria,...) encontram-se incluídos na amostra considerada, o que pode resultar num enviesamento dos resultados;
- Desconhecendo-se a “causa” da utilização do SU, não foi realizada uma desagregação do recurso a estes serviços por “doença” e “outras causas” (acidentes, agressões,...), no sentido de serem excluídos os episódios com “outras causas” cujo recurso aos SU não seria evitável;
- Do conjunto de determinantes da utilização do SU identificados na literatura, não foram contempladas como variáveis de estudo as características socioeconómicas dos utentes e os níveis de literacia em saúde e de aversão ao risco.

Não obstante a adequação da informação disponível para a concretização dos objetivos delineados, as suprarreferidas limitações obrigam a alguma prudência na interpretação dos resultados apurados.

Para concluir acerca da intensidade e sentido da associação entre variáveis optou-se por uma análise de regressão, à semelhança da metodologia adotada em diversos estudos sobre a utilização dos serviços de urgência referidos no enquadramento teórico^{6,7,56,59,99,111–116,8,21,30,35,39,40,42,43}.

5.2. Discussão de Resultados

5.2.1. Utilização dos serviços de urgência

Ainda que considerando as limitações metodológicas anteriormente referidas, os resultados obtidos apontam para uma maior utilização dos SU pelos utentes em contexto ULS relativamente aqueles que se encontram associados a unidades não integradas, o que acompanha as conclusões dos autores que referem não ter identificado nenhum modelo de prestação de cuidados de forma integrada que tenha demonstrado uma redução sustentada no uso dos serviços hospitalares¹⁰⁸. A análise por nível de utilização, permite identificar o caso de exceção de uma menor utilização dos SUP por utentes das áreas de influência das ULS em comparação com os demais. Contudo, o facto de não existirem SUP nas ULS leva a hipotetizar que estes episódios de urgência decorreram de situações emergentes em que os utentes são transportados diretamente para os SUP, situações de transferência ou potenciais erros de registo dos seus locais de residência.

Retira-se da literatura que a integração vertical de cuidados pressupõe, entre outros mecanismos, uma priorização de atuação ao nível dos CSP, de onde se espera uma menor utilização dos SU^{2,23,35,63,112,117}. Contrariamente, no ano de 2015, o aumento do número de consultas em CSP por utente tem correspondência numa variação do número médio de episódios de urgência no mesmo sentido.

Apesar de existir uma vasta literatura que atribui parte da procura dos SU a diversos constrangimentos relacionados com os CSP^{3,6,29,30,35,43,44,56}, verificou-se uma utilização dos CSP pelos utentes das ULS superior, comparativamente com os das não-ULS, bem como um menor número de utentes sem MdF ativo.

A utilização superior dos SU pelas ULS pode encontrar fundamento no facto de que a uma melhor integração de cuidados permite identificar necessidades não satisfeitas, que aumentam as admissões aos SU no curto prazo^{108,109}. Trata-se de um modelo organizativo da prestação de cuidados que concentra maior atenção nas necessidades do doente, aumentando por isso a probabilidade de que se revelem necessidades por atender¹⁰⁸.

Estaremos eventualmente perante uma relação de complementaridade entre os SU e os CSP, conforme equacionado por alguns autores¹⁰⁶. O maior acesso aos CSP nas ULS não terá eventualmente a natureza desejada, na medida em que a respetiva atuação parece não estar a ser capaz de evitar o uso simultâneo do SU.

Independentemente das considerações anteriores, a utilização dos CSP na vertente das 7 ou mais consultas de enfermagem foi, em 2015, um fator diferenciador da tendência verificada na utilização dos SU entre os modelos organizativos em análise.

Não obstante, na análise realizada à utilização da urgência por cada uma das oito ULS, observa-se que a utilização média dos SU na ULS 5 (1,79) encontra-se abaixo do número médio de episódio de urgência em contexto não-ULS (1,84), e ainda que metade das ULS (2, 3, 4 e 5) fez uma utilização inferior destes serviços no ano de 2015, relativamente à média apurada para o contexto ULS (1,93). Poder-se-á então colocar a hipótese de que são as ULS 1, 6, 7 e 8 as unidades que ditaram o resultado apurado. O comportamento das ULS em termos individuais não se mostrou, portanto, homogéneo, característica também identificada em estudos prévios^{63,88}.

De entre os grupos de doentes identificados como os que mais podem beneficiar da integração de cuidados ^{37,68}, nem os utentes com dois ou mais problemas de saúde nem os idosos em contexto ULS, revelaram uma utilização do SU inferior, quando comparados com os mesmos grupos em contexto não ULS. O efeito da integração vertical na utilização dos serviços hospitalares medido pelas admissões ao SU, não se mostra positivo no ano em análise, face ao que é expectável para estes grupos específicos de utentes.

A par do uso por idosos também a utilização igual ou superior a 4 episódios de urgência durante um ano é um eixo de abordagem no âmbito da problemática da sobreutilização do SU^{19,21}. A utilização frequente não se diferenciou favoravelmente no contexto ULS no ano de 2015, o que, segundo a literatura, pode ser atribuído a uma diversidade de fatores^{19,21,43,44,46}. Repare-se, que o número de utentes com este perfil de utilização é 1,4% superior no conjunto das ULS (11,8%), e estes foram responsáveis por 32,2% do total de episódios de urgência ocorridos em 2015 (+ 2,6 % que em não ULS).

A gestão da procura dos SU pelos utilizadores frequentes poderá carecer de uma estratégia diferenciada em contexto ULS com uma intensificação da aposta na interligação e coordenação entre as estruturas de oferta, já que, à partida, estes utentes fazem simultaneamente um uso elevado dos CSP^{23,40–42,45,46}.

O sexo feminino e a idade a partir dos 65 anos são associados a um maior consumo de cuidados de natureza urgente^{10,29,30,36} o que é refletido nos resultados relativos ao ano de 2015. Apesar das proporções entre os géneros serem semelhantes nos contextos organizacionais em análise, as mulheres inseridas num contexto ULS expressam uma maior procura dos SU. As ULS têm sob sua responsabilidade uma população mais envelhecida e também mais consumidora de episódios de urgência, relativamente ao

contexto de unidades não integradas. Portanto, quer o género quer a idade parecem ter sido determinantes para influenciar a utilização dos SU pelos utentes do modelo ULS.

Tal como a literatura faz prever^{10,29,39}, sendo superior a proporção de doentes com problemas de saúde (entre os quais sobressaem os hipertensos), a utilização dos cuidados de urgência pelas ULS é mais elevada do que pelas não-ULS (independentemente do número de problemas de saúde de cada utente).

A utilização dos SU em contexto ULS é igualmente superior no âmbito da característica “isenção do pagamento de taxas moderadoras”, o que, indo ao encontro de alguns autores^{29,53,56}, poderá encontrar razão no facto da percentagem de utentes das ULS isentos do pagamento de TM ser superior à das não-ULS.

A comunidade científica argumenta frequentemente que ter MdF tem um impacto positivo na diminuição da procura de serviços de urgência^{30,35,43,44,48,49}, sendo que em Portugal as estratégias que vêm sendo adotadas estarão aparentemente sustentadas por esta evidência^{5,54,118}. No entanto, apesar de existir em contexto ULS uma maior percentagem de utentes com MdF atribuído, relativamente ao comparativo, não houve um menor uso do SU por estes utentes. Ainda que com MdF atribuído, eventuais barreiras no acesso oportuno ao mesmo poderão ter levado ao uso do SU em alternativa⁵⁶.

Também a distância ao SU é recorrentemente considerada como determinante da utilização destes serviços, no sentido de que a proximidade dos mesmos induz a respetiva procura^{3,30,50,52-54}. Neste contexto, uma maior utilização dos SU pelos utentes em contexto ULS poderá encontrar explicação no facto de existir uma percentagem superior de utentes com um rápido acesso ao SU mais próximo (0,5 - 7,5 minutos).

Constatou-se também um decréscimo da utilização dos SU à medida que a distância (quer em Km's quer em tempo) entre os utentes de ambos os contextos e o SU aumenta, e de forma mais acentuada no comportamento dos utentes das ULS. Conclui-se assim por uma maior sensibilidade à distância dos utentes ULS na utilização do SU.

Já no que se refere à quantidade de SU disponíveis a menos de 60 minutos, os utentes ULS mostraram-se menos sensíveis à sua variação que os não-ULS. Contudo, esta constatação é válida para um limite de 13 SU num raio de 60 minutos, pois acima deste volume é inexpressiva a quantidade de utentes em contexto ULS (ao contrário do que se verifica no contexto em comparação).

Poder-se-á provavelmente atribuir este cenário ao facto das ULS cobrirem uma vasta área de regiões do interior com fracas densidades populacionais (o que não se verifica relativamente às unidades não integradas). Cerca de 61,5% dos seus utentes dispõem de

poucos SU (1-5 a menos de 60 minutos), aos quais acedem rapidamente (46,9% dos utentes distam dos SU entre 0,5 e 7,5 minutos) porque a grande maioria (cerca de 70%) está a uma curta distância do SU mais próximo (0,2-8,2 km). Ora se há sensibilidade à distância e os SU estão perto, e fraca sensibilidade à quantidade que é reduzida, fica suportada uma maior utilização dos SU relativamente ao grupo em comparação, quando atendida a influência destas variáveis.

A análise da diferença de médias realizada à luz da revisão bibliográfica leva a salientar que a intensificação do uso dos CSP no contexto ULS refletiu, em 2015, o que é preconizado na literatura apenas ao nível das consultas de enfermagem (7 ou mais), verificando-se uma percentagem superior de utentes com este volume de consultas teve correspondência num menor numero médio de episódios de urgência por utente.

Apesar de ser também superior a proporção de utentes em contexto ULS com 10 ou mais consultas médicas (diretas e indiretas), o reflexo em termos de utilização do SU não foi o esperado no ano analisado, uma vez que o número médio de episódios de urgência por utente é superior relativamente ao contexto em comparação. Também a condição “MdF ativo” não está em sintonia com o que se poderia supor relativamente à utilização do SU pelos utentes das ULS, para um número superior de doentes com MdF em contexto ULS, era esperado um menor uso relativamente ao não-ULS.

5.2.2. Fatores explicativos da utilização dos serviços de urgência

As variáveis que em 2015 se destacaram em termos força associativa à utilização dos SU, revelaram-se comuns nos contextos organizacionais em análise, não existindo um determinante diferenciador.

De entre as variáveis testadas, assume relevância a intensificação da utilização dos CSP por ser o fator mais fortemente associado positivamente à utilização dos SU, em concreto no que se refere a 7 ou mais consultas médicas diretas e a 10 ou mais consultas de enfermagem no ano. A associação destas à variável dependente tem o mesmo sentido em ambos os contextos. A intensidade, no caso das consultas médicas é também a mesma, diferindo a das consultas de enfermagem que é cerca de 0,1 inferior em ULS.

Também a isenção de TM demonstrou considerável capacidade explicativa para uma maior utilização dos SU e ainda os problemas de saúde VIH/Sida e DPOC, que se revelaram as características intrínsecas aos utentes com maior associação positiva à variável dependente em 4 dos 6 modelos. Estas variáveis apresentam a mesma direção

e intensidade de associação ao número de episódios de urgência por utente nos dois modelos organizativos.

Importa contudo ter presente que a relação encontrada entre as referidas variáveis e a utilização dos SU é de mera associação, não provando causalidade, isto é, não existe entre elas uma relação do tipo causa-e-efeito¹¹⁰. Significa isto que, os resultados decorrentes da análise dos modelos são meramente sugestivos de que a utilização do SU em 2015 foi influenciada, sobretudo, por uma utilização mais intensa dos CSP, pela presença de VIH/Sida e DPOC e pela isenção do pagamento de TM.

O facto do estudo incidir sobre um só ano não permite concluir acerca da premissa (entre outras) de que, ao concentrarem a sua atuação nos CSP, as ULS contribuem para uma diminuição do recurso aos SU^{2,23,35,63,112,117}. Isto, independentemente do resultado da análise de regressão ser revelador de que, em 2015, um maior volume de consultas nos CSP em contexto ULS estava associado a um aumento do número de episódios de urgência por utente.

Recorde-se que a literatura justifica-o com a identificação de necessidades não satisfeitas, que levam a um aumento da procura dos SU no curto prazo^{108,109}. Contudo, em 2015, cinco das oito ULS já tinham entre sete e dezasseis anos de existência e apenas uma apresenta uma menor utilização média do SU relativamente à média de utilização nos prestadores não integrados. Considera-se, por isso, que no caso de algumas ULS, estes resultados poderão estar a refletir disfuncionalidades na implementação dos pressupostos inerentes ao processo de integração de prestadores.

Meramente a título de exemplo, barreiras como indefinição de funções, auto-interesses profissionais, ideologias e valores concorrentes, falta de confiança mútua e pontos de vista divergentes poderão estar a gerar entropias no relacionamento entre profissionais⁷⁷.

6. RECOMENDAÇÕES

Face ao contexto equacionado, e no âmbito das implicações para a gestão, seria de considerar:

- o investimento ao nível da interligação dos prestadores dos níveis de cuidados primários e diferenciados, com foco no circuito de referenciação de e para o SU. Como elementos facilitadores estariam, entre outros, o alinhamento com os indicadores de desempenho e consequentes incentivos financeiros e uma maior estabilização das equipas dos SU;
- o investimento na uniformização e disponibilização da informação acerca dos utentes a todos os prestadores ao longo do *continuum*, uma vez que esta é ainda segmentada. Desta forma, a capacidade de intervenção seria fortalecida graças ao conhecimento do perfil de consumo dos utentes ao longo da cadeia de produção de cuidados;
- a disponibilização aos ACeS, de forma sistemática, da informação relativa ao nível de utilização dos SU dos respetivos utentes inscritos e correspondente perfil socioeconómico, epidemiológico e geográfico, imprescindível para identificar e segmentar os grupos específicos de doentes sobre os quais seria de dirigir a atuação;
- a criação de “gestores de caso” face o seu potencial para fortalecer a coordenação e continuidade dos cuidados entre níveis de prestação e reduzir a utilização dos SU¹⁹.

A par destas intervenções no âmbito da oferta, preconiza-se a intensificação no combate ao uso indevido do SU com um papel mais ativo do nível de cuidados primários como “consultor de urgência”. Nesta função espera-se dos CSP a orientação dos utentes nas situações em que devem recorrer aos SU e consciencialização relativamente às desvantagens de procurarem aqueles serviços quando o caso não é realmente urgente. Neste âmbito, seria de ponderar a aplicação de medidas “penalizadoras” em situações de uso indevido, eventualmente pela via das taxas moderadoras no acesso ao SU (agravamento / perda de isenção).

Considera-se que o presente trabalho representa uma contribuição em termos de evidência do desempenho das ULS em Portugal, que permitiu algumas considerações relevantes no âmbito da gestão da saúde. Ainda assim, uma maior utilidade do mesmo poderá ser conseguida através de uma análise individualizada das ULS.

O desenvolvimento futuro do presente estudo deverá contemplar a inclusão de variáveis como as características socioeconómicas dos utentes, os recursos disponíveis pelos

prestadores, entre outras, que poderão ter influência sobre o efeito da integração vertical de cuidados na utilização dos SU.

A extensão do período de análise de forma a concluir acerca da evolução da utilização do SU em ULS seria igualmente uma possibilidade de investigação futura.

7. CONCLUSÕES

A sobreutilização dos serviços médicos urgentes, e consequente leque de efeitos adversos, carece de estratégias efetivas na redução da respetiva procura.

A integração vertical de cuidados de saúde supõe, entre outros mecanismos, uma priorização da atuação ao nível dos CSP, sendo esperada uma menor utilização dos SU atendendo às evidências presentes na literatura.

Através do presente estudo pretendeu-se testar a utilização dos SU pelas ULS em Portugal Continental, estabelecendo-se um comparativo com as unidades não integradas verticalmente.

Foi possível concluir que, no cômputo geral e no ano de 2015, o número médio de episódios de urgência por utente inserido num contexto ULS não foi inferior quando comparado com os demais. Exceção feita no caso dos utentes que, naquele contexto, tiveram acesso a 7 ou mais consultas de enfermagem nos CSP.

Simultaneamente, foi objetivada a identificação de fatores explicativos para a diferença encontrada na utilização dos SU entre os contextos comparados.

Os resultados apurados sugerem que a utilização superior dos SU pelas ULS em 2015 terá sido influenciada, sobretudo, por uma intensificação na utilização dos CSP. Outros fatores, como a presença de VIH/Sida e DPOC e a isenção do pagamento de TM, poderão ter influenciado igualmente uma procura dos SU superior.

Embora com menores constrangimentos (face à superioridade em número de consultas e de utentes com MdF), o desempenho dos CSP nas ULS parece não ter sido, até então, suficiente para se evidenciar um menor uso médio do SU pelos utentes inseridos naquele contexto organizacional, relativamente aos demais. Aparentemente é propiciado aos utentes neste contexto um maior acesso aos CSP, contudo, a natureza do mesmo talvez não seja a desejada na medida em que se pode equacionar a presença de complementaridade entre o seu uso e o dos SU.

Simultaneamente, eventuais disfuncionalidades na implementação/operacionalização de outros princípios inerentes ao processo de integração poderão estar a constituir entraves ao suposto efeito ao nível da utilização dos SU.

Não significa isto que a utilização dos SU pelos utentes em contexto ULS não tenha vindo a diminuir, o que apenas poderia ser verificado através de uma análise longitudinal. O presente estudo faculta exclusivamente uma perspetiva (relativa) do ano de 2015 da utilização dos SU pelos utentes inscritos em ACeS integrados em ULS.

Ainda assim, para conclusões mais robustas, no desenvolvimento futuro do mesmo deverão ser consideradas variáveis adicionais e contornadas as limitações identificadas.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stokes J, Checkland K, Kristensen SR. Integrated care: theory to practice. *J Health Serv Res Policy*. 2016;21(4):282–5.
2. Santana R, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceptuais e organizacionais. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;7:29–56.
3. Chen BK, Hibbert J, Cheng X, Bennett K. Travel distance and sociodemographic correlates of potentially avoidable emergency department visits in California, 2006–2010: an observational study. *Int J Equity Health*. 2015;14(30).
4. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2016. Lisboa; 2017.
5. Simões JA, Augusto GF, Augusto F, Fronteira I, Hernández-Quevedo C. Portugal: Health system review. *Health Systems in Transition*. Vol. 19. Denmark: WHO Regional Office for Europe. European Observatory on Health Systems and Policies; 2017.
6. Van Den Berg MJ, Van Loenen T, Westert GP. Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Fam Pract*. 2016;33(1):42–50.
7. Gill JM, Mainous III G, Nsereko M. The Effect of Continuity of Care on Emergency Department Use. *Arch Fam Med*. 2000;9:333–8.
8. Falik M, Needleman J, Wells BL, Korb J. Ambulatory Care Sensitive Hospitalizations and Emergency Visits: Experiences of Medicaid Patients Using Federally Qualified Health Centers. *Med Care*. 2001;39(6):551–61.
9. Cabana MD, Jee SH. Does continuity of care improve patient outcomes? *J Fam Pract*. 2004;53(12):974–80.
10. Huntley A, Lasserson D, Wye L, Morris R, Checkland K, England H, et al. Which features of primary care affect unscheduled secondary care use? A systematic review. *BMJ*. 2014;4:e004746.
11. Yoon J, Cordasco KM, Chow A, Rubenstein L V. The Relationship between Same-Day Access and Continuity in Primary Care and Emergency Department Visits. *PLoS One*. 2015;10(9):e0135274.
12. Kobusingye OC, Hyder AA, Bishai D, Joshipura M, Hicks ER, Mock C. Emergency Medical Services. In: *Disease Control Priorities in Developing Countries* [Internet]. 2nd ed. Washington DC: World Bank; 2006. p. 1261–79. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11744/pdf/Bookshelf_NBK11744.pdf
13. Campos L. Plano Nacional de Saúde 2012-2016 Roteiro de Intervenção em Cuidados de Emergência e Urgência (Documento de Trabalho). In: *Plano Nacional de Saúde 2011-16* [Internet]. Lisboa: Direção-Geral da Saúde; 2014. Available from: http://1nj5ms2lli5hdgbe3mm7ms5.wpengine.netdna-cdn.com/files/2014/12/2014_4_Cuidados_de_Emergência_e_Urgência.pdf
14. Despacho n.º 10319/2014. D.R. Série II, 153. (2014-08-11) 20673-20678.
15. Portaria n.º 64-C/2016. D.R. Série I, 3º Suplemento (2016-03-31) 1110(76)-1110(77). Segunda

- alteração à Portaria n.º 306-A/2011, de 20/12, que aprova os valores das taxas moderadoras previstas no artigo 2.º do Decreto-Lei n.º 113/2011, de 29/11.
16. Portugal. Ministério da Saúde. Centro Nacional Telesaúde. Cidadão. O que é o SNS 24? [Online]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Available from: <http://www.cnts.min-saude.pt/2017/08/01/o-que-e-o-sns24/>.
 17. Portugal. Ministério da Saúde. Transparência-SNS. Caracterização das valências de urgência. [Online]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/caracterizacao-das-valencias-de-urgencia/?q=urgencia&so>.
 18. Portugal. Ministério da Saúde. Entidade Reguladora da Saúde (b). Análise da cobertura populacional da rede de urgência/emergência criada pelo Despacho n.º 13427/2015, de 16 de novembro, do Ministro da Saúde. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2016.
 19. Heede K Van den, Voorde C Van de. Interventions to reduce emergency department utilisation: a review of reviews. *Health Policy (New York)*. 2016;120:1337–49.
 20. OCDE. Tackling Wasteful Spending on Health [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2017. Available from: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/tackling-wasteful-spending-on-health_9789264266414-en
 21. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs*. 2017;35:51–5.
 22. Gilligan P, Joseph D, Bartlett M, Morris A, Mahajan A, McHugh K, et al. The “who are all these people?” study. *Emerg Med J*. 2015;32:109–11.
 23. Cunningham A, Mautner D, Ku B, Scott K, LaNoue M. Frequent emergency department visitors are frequent primary care visitors and report unmet primary care needs. *J Eval Clin Pract*. 2016;23(3):567–73.
 24. Chan SS, Cheung N, Graham CA, Rainer TH. Strategies and solutions to alleviate access block and overcrowding in emergency departments. *Hong Kong Med J*. 2015;21(4):345–52.
 25. Oredsson S. Triage and patient safety in emergency departments. *BMJ*. 2011;343:d6652.
 26. Berchet C. Emergency Care Services: Trends, Drivers and Interventions to Manage the Demand [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2015. Report No.: 83. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>
 27. Christ M, Grossmann F, Winter D, Bingisser R, Platz E. Modern triage in the emergency department. *Dtsch Arztebl Int*. 2010;107(50):892–8.
 28. Siekman N, Hilger R. High users of healthcare: Strategies to improve care, reduce costs. *Cleve Clin J Med*. 2018;85(1):25–31.
 29. Carret MLV, Fassa AG, Domingues MR. Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad Saude Publica*. 2009;25(1):7–28.
 30. Stein A, Harzheim E, Costa M, Busnello E, Rodrigues L. The relevance of continuity of care: a solution for the chaos in the emergency services. *Fam Pract*. 2002;19(2):207–10.
 31. Gulliford M, Naithani S, Morgan M. What is ‘continuity of care’? *J Heal Serv Res Policy*. 2006;11(4):248–50.

32. Despacho n.º 4835-A/2016. D.R. 1º Suplemento, Série II, 69. (2016-04-08) 11816(2)-11816(2) Determina que as instituições hospitalares integradas no Serviço Nacional de Saúde, independentemente da sua natureza jurídica, devem dar prioridade ao atendimento.
33. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Ministério da Saúde. Monitorização do Serviço Nacional de Saúde. Produção e rácios de eficiência [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2013. Available from: <http://monitoriza>.
34. Portugal. Ministério da Saúde. Missão para os Cuidados de Saúde Primários. Consulta Aberta: Consulta de Agudos, não programada” versus consulta aberta no Hospital e Centro de Saúde. [Internet]. Lisboa: Missão para os Cuidados de Saúde Primários; 2007.
35. Ionescu-Iltu R, McCusker J, Ciampi A, Vadeboncoeur A-M, Roberge D, Larouche D, et al. Continuity of primary care and emergency department utilization among elderly people. *Can Med Assoc J*. 2007;177(II):1362–8.
36. Steinmiller J, Routasalo P, Suominen T. Older people in the emergency department: a literature review. *Int J Older People Nurs*. 2015;10:284–305.
37. Maruthappu M, Hasan A, Zeltner T. Enablers and Barriers in Implementing Integrated Care. *Heal Syst Reform*. 2015;1(4):250–6.
38. Aminzadeh F, Dalziel WB. Older Adults in the Emergency Department: A Systematic Review of Patterns of Use, Adverse Outcomes, and Effectiveness of Interventions. *Ann Emerg Med*. 2002;39(3):238–47.
39. Bayliss EA, Ellis JL, Shoup JA, Zeng C, McQuillan DB, Steiner JF. Effect of Continuity of Care on Hospital Utilization for Seniors With Multiple Medical Conditions in an Integrated Health Care System. *Ann Fam Med*. 2015;13(2):123–9.
40. Krieg C, Hudon C, Chouinard M-C, Dufour I. Individual predictors of frequent emergency department use: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(594).
41. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Characteristics of frequent users of the emergency department in the general adult population: A systematic review of international healthcare systems. *Health Policy (New York)*. 2016;120:452–61.
42. Doran KM, Raven MC, Rosenheck RA. What Drives Frequent Emergency Department Use in an Integrated Health System? National Data From the Veterans Health Administration. *Ann Emerg Med*. 2013 Aug;62(2):151–9.
43. Althaus F, Paroz S, Hugli O, Ghali WA, Daeppen J-B, Peytremann-Bridevaux I, et al. Effectiveness of Interventions Targeting Frequent Users of Emergency Departments: A Systematic Review. *Ann Emerg Med*. 2011;58(1):41–52.
44. Kahan D, Leszcz M, O ’campo P, Hwang SW, Wasylenki DA, Kurdyak P, et al. Integrating care for frequent users of emergency departments: implementation evaluation of a brief multi-organizational intensive case management intervention. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(156).
45. Scott J, Strickland AP, Warner K, Dawson P. Frequent callers to and users of emergency medical systems: a systematic review. *Emerg Med J*. 2014;31:684–91.
46. van Tiel S, Rood PPM, Bertoli-Avella AM, Erasmus V, Haagsma J, van Beeck E, et al. Systematic review of frequent users of emergency departments in non-US hospitals. *Eur J Emerg Med*.

- 2015;22(5):306–15.
47. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Relatório anual sobre o Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas em 2015. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2016.
 48. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *Milbank Q.* 2005;83(3):457–502.
 49. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, Colacone A, Léger R, Unger B, et al. Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Acad Emerg Med.* 2004;11(12):1302–10.
 50. Brown AM, Decker SL, Selck FW. Emergency Department Visits and Proximity to Patients' Residences, 2009-2010. *Hyattsville, MD Natl Cent Heal Stat.* 2015;(192).
 51. Burns TR. Contributing factors of frequent use of the emergency department: A synthesis. *Int Emerg Nurs.* 2017;35:51–5.
 52. Raknes G, Holm Hansen E, Hunskaar S. Distance and utilisation of out-of-hours services in a Norwegian urban/rural district: an ecological study. *BMC Health Serv Res.* 2013;13(222).
 53. Barros PP. Procura em equilíbrio parcial. In: *Economia da Saúde.* 3ª edição. Lisboa: Almedina; 2013.
 54. Vaz S, Ramos P, Santana P. Distance effects on the accessibility to emergency departments in Portugal. *Saúde e Soc.* 2014;23(4):1154–61.
 55. Barros PP, Lourenço A, Moura A, Correia F, Silvério F, Gomes JP, et al. Políticas Públicas em Saúde: 2011 – 2014. Avaliação do Impacto. [Internet]. Lisboa: Nova Healthcare Initiative–Research; 2015. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Alexandre_Lourenco3/publication/286625467_Politicas_Publicas_em_Saude_2011_-_2014_Avaliacao_do_Impacto/links/566c8e5008aea0892c4fd60c/Politicas-Publicas-em-Saude-2011-2014-Avaliacao-do-Impacto.pdf
 56. Rust G, Ye J, Baltrus P, Daniels E, Adesunloye B, Fryer GE. Practical Barriers to Timely Primary Care Access Impact on Adult Use of Emergency Department Services. *Arch Intern Med.* 2008;168(15):1705–10.
 57. OECD/EU. Strengthening primary care systems. In: *Health at a Glance: Europe 2016 - State of Health in the EU Cycle* [Internet]. Paris: OECD Publishing; 2016. Available from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>
 58. Dias A, Queirós A. Integração e Continuidade de Cuidados. In: *Plano Nacional de Saúde 2011-16.* Direção-Geral da Saúde; 2010.
 59. Pereira S, Oliveira e Silva A, Quintas M, Almeida J, Marujo C, Pizarro M, et al. Appropriateness of Emergency Department Visits in a Portuguese University Hospital From. *Ann Emerg Med.* 2001;37:580–6.
 60. Cunha MB. Hiperutilizadores das Urgências: um estudo no Centro Hospitalar da Cova da Beira. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior; 2011. (Tese de Mestrado em Medicina).
 61. Gomes MM. O perfil do utilizador abusivo dos Serviços de Urgência Portugueses: um estudo no

- Hospital de São João. Porto. Instituto Politécnico do Porto; 2013 (Mestrado em Gestão das Organizações. Ramo de Gestão de Unidades de Saúde).
62. Silva AC. Perfil dos Utilizadores das Urgências: um estudo no Centro Hospitalar Cova da Beira. Covilhã: Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade da Beira Interior; 2012. (Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Medicina).
 63. Santana R, Marques AP. A Integração Vertical de Cuidados de Saúde. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública - Universidade Nova de Lisboa; 2016.
 64. Cercone JA. Coordinated Care Lessons Learned from the OECD: A Review of the Literature. *Int J Integr Care*. 2013;13.
 65. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, Mckendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*. 2003;327:1219–21.
 66. Montenegro H, Holder R, Ramagem C, Urrutia S, Fabrega R, Tasca R, et al. Combating Health Care Fragmentation through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas: Lessons Learned. *J Integr Care*. 2011;19(5).
 67. Curry N, Ham C. Clinical and service integration. The route to improved outcomes. [Internet]. British Library, editor. London: The King's Fund; 2010. Available from: www.kingsfund.org.uk/publications
 68. Kodner D. All Together Now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthc Q*. 2009;13:6–15.
 69. Crisp LN, Berwick D, Kickbusch I, Bos W, Antunes JL, Barros PP, et al. Um Futuro para a Saúde - Todos temos um papel a desempenhar. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2014.
 70. Spreeuwenberg C, Kodner D. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *Int J Integr Care*. 2002;2:1568–4156.
 71. Strandberg-Larsen M, Krasnik A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. *Int J Integr Care*. 2009;9.
 72. Chen LM, Ayanian JZ. Care Continuity and Care Coordination. *JAMA Intern Med*. 2014;174(5):749–50.
 73. Gröne O, Garcia-Barbero M. Integrated care: a position paper of the WHO European office for integrated health care services. *Int J Integr Care*. 2001;1.
 74. Atun R, de Jongh T, Secci F, Ohiri K, Adeyi O. A systematic review of the evidence on integration of targeted health interventions into health systems. *Health Policy Plan*. 2010;25.
 75. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009;9.
 76. Evans JM, Baker GR, Whitney B, Barnsley J. The Evolution Of Integrated Health Care Strategies. *Annu Rev Heal Care Manag Revisiting Evol Heal Syst Organ*. 2014;15:125–61.
 77. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. *Healthc Q* 13. 2009;13:16–23.
 78. Porter ME, Pabo EA, Lee TH. Redesigning Primary Care: A Strategic Vision To Improve Value By Organizing Around Patients' Needs. *Health Aff*. 2013;32(3):516–25.
 79. Lewis RQ, Rosen R, Goodwin N, Dixon J. Where next for integrated care organisations in the English

- NHS? [Internet]. London: The Nuffield Trust; 2010. Available from: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/where-next-integrated-care-english-nhs-web-final.pdf>
80. Fulop N, Mowlem A, Edwards N. Building Integrated Care: Lessons from the UK and elsewhere. [Internet]. London: The NHS Confederation; 2005. Available from: <http://www.nhsconfed.org/-/media/Confederation/Files/Publications/Documents/Building-integrated-care.pdf>
 81. Bodenheimer T. Coordinating Care — A Perilous Journey through the Health Care System. *N Engl J Med*. 2008;358(10):1064–71.
 82. Pines J, Selevan J, McStay F, George M, McClellan M. Kaiser Permanente – California: A Model for Integrated Care for the Ill and Injured. In: The Richard Merkin Initiative on Payment Reform and Clinical Leadership [Internet]. 2015. Available from: https://www.brookings.edu/wp-content/uploads/2016/07/KaiserFormatted_150504RH-with-image.pdf
 83. Portugal. Ministério da Saúde. Entidade Reguladora da Saúde (a). Estudo sobre o desempenho das Unidades Locais de Saúde. Porto: Entidade Reguladora da Saúde; 2015.
 84. Decreto-Lei n.º 28/2008. D.R. Série I, 38. (2008-02-22) 1182-1189. Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde.
 85. Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Cuidados de Saúde. Primários. [Internet]. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 2017. Available from: <http://www.acss.min-saude.pt/category/cuidados-de-saude/primarios/>.
 86. Lopes S, Fernandes OB, Marques AP, Moita B, Sarmento J, Santana R. Can Vertical Integration Reduce Hospital Readmissions? A Difference-in-Differences Approach. *Med Care*. 2017;55(5):506–13.
 87. Gonçalves RC. Estudo sobre o Grau de Integração de Organizações de Saúde – EGIOS II. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2015 (Curso de Mestrado em Gestão da Saúde).
 88. Sarmento JC. Internamentos por Causas Sensíveis a Cuidados de Ambulatório em contexto de integração vertical. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa; 2012 (Curso de Mestrado em Gestão da Saúde).
 89. Conrad DA, Shortell SM. Integrated health systems: promise and performance. *Front Health Serv Manage*. 1996;13(1):3–58.
 90. Ramsay A, Fulop N, Edwards N. The Evidence Base for Vertical Integration in Health Care. *J Integr Care*. 2009;17(2):3–12.
 91. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO Region. European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark; 2014.
 92. Evans RG. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the healthcare industry. In: Health, Economics and Health Economics. J. van der. Amsterdam: North-Holland Publishing Company; 1981. p. 329–54.
 93. Costa C, Santana R, Boto P. Financiamento por capitação ajustada pelo risco: conceptualização e aplicação. *Rev Port Saúde Pública*. 2008;7:67–102.

94. WHO. Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery [Internet]. Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2016. Available from: <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/governance>
95. Connor M, Cooper H, McMurray A. The Gold Coast Integrated Care Model. *Int J Integr Care*. 2016;16(2):1–8.
96. Singh D, Ham C. Improving Care for People with Long term Conditions: a review of UK and international frameworks [Internet]. Birmingham: University of Birmingham: Health Services Management Centre and NHS Institute for Innovation and Improvement; 2006. Available from: <https://www.birmingham.ac.uk/Documents/college-social-sciences/social-policy/HSMC/research/long-term-conditions.pdf>
97. American Case Management Association. About ACMA. Definition of Case Management. [Internet]. EUA: American Case Management Association; 2018. Available from: <http://www.acmaweb.org/section.aspx?SID=4>.
98. Bird S, Noronha M, Sinnott H. An integrated care facilitation model improves quality of life and reduces use of hospital resources by patients with chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. *Aust J Prim Health*. 2010;16(4):326–33.
99. Hearld LR, Alexander JA. Patient-Centered Care and Emergency Department Utilization: A Path Analysis of the Mediating Effects of Care Coordination and Delays in Care. *Med Care Res Rev*. 2012;69(5):560–80.
100. Kumar GS, Klein R. Effectiveness of Case Management Strategies in Reducing Emergency Department Visits in Frequent User Patient Populations: A Systematic Review. *J Emerg Med*. 2013;44(3):717–29.
101. Morgan SR, Chang AM, Alqatari M, Pines JM. Non–Emergency Department (ED) Interventions to Reduce ED Utilization: A Systematic Review. *Acad Emerg Med*. 2013;20(10):969–85.
102. Soril LJJ, Leggett LE, Lorenzetti DL, Noseworthy TW, Clement FM. Reducing Frequent Visits to the Emergency Department: A Systematic Review of Interventions. *PLoS One*. 2015;10(4).
103. Reinius P, Johansson M, Fjellner A, Werr J, Öhlén G, Edgren G. A telephone-based case-management intervention reduces healthcare utilization for frequent emergency department visitors. *Eur J Emerg Med*. 2013;20(5):327–34.
104. Gaglioti AH, Barlow P, Thoma KD, Bergus GR. Integrated care coordination by an interprofessional team reduces emergency department visits and hospitalisations at an academic health centre. *J Interprof Care*. 2017;31(5):557–65.
105. Phillips GA, Brophy DS, Weiland TJ, Chenhall AJ, Dent AW. The effect of multidisciplinary case management on selected outcomes for frequent attenders at an emergency department. *Med J Aust*. 2006;184(12):602–6.
106. Maeng DD, Hao J, Bulger JB. Patterns of Multiple Emergency Department Visits: Do Primary Care Physicians Matter? *Perm J*. 2017;21:16-063.
107. Mounier-Jack S, Mayhew SH, Mays N. Integrated care: learning between high-income, and low-and middle-income country health systems. *Health Policy Plan*. 2017;32(4):iv6-iv12.
108. Mason A, Goddard M, Weatherly H, Chalkley M. Integrating funds for health and social care: an

- evidence review. *J Health Serv Res Policy*. 2015;20(3):177–88.
109. Segal L, Dunt D, Day SE. Introducing coordinated care (2): evaluation of design features and implementation processes implications for a preferred health system reform model. *Health Policy (New York)*. 2004;69(2):215–28.
 110. Marôco J. *Análise Estatística com o PASW Statistics (ex-SPSS)*. Pêro Pinheiro: ReportNumber; 2010.
 111. Hardy M, Cho A, Stavig A, Bratcher M, Dillard J, Greenblatt L, et al. Understanding Frequent Emergency Department Use Among Primary Care Patients. *Popul Health Manag*. 2018;21(1):24–31.
 112. Roland M, Abel G. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *BMJ*. 2012;345:e6017.
 113. Emery DP, Milne T, Gilchrist CA, Gibbons MJ, Robinson E, Coster GD, et al. The impact of primary care on emergency department presentation and hospital admission with pneumonia: a case–control study of preschool-aged children. *npj Prim Care Respir Med*. 2015;25(10).
 114. Geoffrey H. Reducing emergency admissions: are we on the right track? *Emerg Med J*. 2013;30:176.
 115. McCusker J, Tousignant P, Da Silva RB, Ciampi A, Lévesque J-F, Vadeboncoeur A, et al. Factors predicting patient use of the emergency department: a retrospective cohort study. *Can Med Assoc J*. 2012;184(6):E307–15.
 116. Martin A, Martin C, Martin PB, Martin PA, Green G, Eldridge S. Inappropriate attendance at an accident and emergency department by adults registered in local general practices: how is it related to their use of primary care? *J Health Serv Res Policy*. 2002;7(3):160–5.
 117. Wallace E, Smith S, Fahey T, Roland M. Reducing emergency admissions through community based interventions. *BMJ*. 2016;352:h6817.
 118. Lourenço ÓD, Ferreira PL. Utilization of public health centres in Portugal: effect of time costs and other determinants. Finite mixture models applied to truncated samples. *Health Econ*. 2005;14(9):939–53.
 119. Glynn LG, Valderas JM, Healy P, Burke E, Newell J, Gillespie P, et al. The prevalence of multimorbidity in primary care and its effect on health care utilization and cost. *Fam Pract*. 2011;28:516–23.

9. ANEXO I: Fontes de informação e metodologias de cálculo das variáveis acrescidas à base de dados original

- i. Para o cálculo das variáveis % Área Predominantemente Urbana (APU), % Área Mediamente Urbana (AMU) e % Área Predominantemente Rural (APR) do ACeS em que o utente está inscrito, partiu-se da classificação TIPAU 2014 (Tipologia Áreas Urbanas) por freguesia do Instituto Nacional de Estatística (INE), que tem por base os seguintes conceitosⁱ:

APU (conceito 1070)

Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos:

- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano, sendo que o peso da área em espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia;
- a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente superior a 5.000 habitantes;
- a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%;

AMU (conceito 1089)

Freguesia que contempla, pelo menos, um dos seguintes requisitos:

- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a Espaço Urbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural ultrapassa 50% da área total da freguesia;

ⁱ Instituto Nacional de Estatística. Sistema de Metainformação. Tipologia de áreas urbanas. [Online]. Lisboa: INE; 2009. Available from: <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/3486#N%C3%ADveis>.

- o maior valor da média entre o peso da população residente na população total da freguesia e o peso da área na área total da freguesia corresponde a espaço urbano em conjunto com espaço semiurbano, sendo que o peso da área de espaço de ocupação predominantemente rural não ultrapassa 50% da área total da freguesia;
- a freguesia integra a sede da Câmara Municipal e tem uma população residente igual ou inferior a 5.000 habitantes;
- a freguesia integra total ou parcialmente um lugar com população residente igual ou superior a 2.000 habitantes e inferior a 5.000 habitantes, sendo que o peso da população do lugar no total da população residente na freguesia ou no total da população residente no lugar, é igual ou superior a 50%;

APR (conceito 1084)

Freguesia não classificada como "Área Predominantemente Urbana" nem "Área Mediamente Urbana".

ETAPA 1: Para cada uma das 2.884 freguesias do território continental classificadas por TIPAU 2014, foi feita a correspondência com o respetivo ACeSⁱⁱ e população residente por freguesia (Censos 2011)ⁱⁱⁱ;

ETAPA 2: Cálculo da proporção de população em cada TIPAU, na população total de cada um dos 55 ACeS;

- ii. Calculou-se a Densidade Populacional (DP) do ACeS em que o utente se encontra inscrito dividindo o somatório da população das freguesias/concelhos (Censos 2011) da área de influência de cada um dos 55 ACeS, pelo somatório das respetivas superfícies em km² no ano de 2015^{iv};

ⁱⁱ Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Institucional. Entidades de Saúde. [Online]. Lisboa: SNS; 2017. Available from: <https://www.sns.gov.pt/institucional/entidades-de-saude>.

Portugal. Ministério da Saúde. Serviço Nacional de Saúde. Prestadores de Cuidados de Saúde. [Online]. Lisboa: SNS; 2017. Available from: <https://www.sns.gov.pt/sns/pesquisa-prestadores/>.

Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Centro. Agrupamentos de Centros de Saúde. [Online]. Coimbra: ARS Centro; 2009. Available from: http://www.arscentro.min-saude.pt/ACES/Documents/ACES_ARSC_Mar09_v2.pdf.

Portaria n.º 273/2009. D.R. Série I, 54. (2009-03-18) 1712-1720. Cria vários agrupamentos de centros de saúde (ACES), integrados na Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.

Decreto-Lei 59/2014. D.R. Série I, 75. (2014-04-16) 2469 – 2470. Procede à transferência de atribuições e competências da Unidade Local de Saúde do Nordeste, E.P.E., para a Unidade Local de Saúde da Guarda, E.P.E., no que se refere à prestação de cuidados de saúde à população do concelho de Vila Nova de Foz Côa, prestados pelo Centro de Saúde de Vila Nova de Foz Côa.

Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Agrupamento de Centros de Saúde Lisboa Ocidental e Oeiras. Plano Local de Saúde 2014-2016. [Online]. Lisboa: ACES Lisboa Ocidental e Oeiras. Available from: http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1034/Plano_Local_Sa_de_v4-_Vers_o_Final.pdf.

Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Núcleo de Estudos e Planeamento. Departamento de Instalações e Equipamentos. Planeamento do ACES de Lisboa Central [Online]. Lisboa: ARS Lisboa e Vale do Tejo; 2013. Available from: http://www.arslv.t.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/1878/02_-_ACES_Lisboa_Central_VNET.pdf.

Portugal. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte. Agrupamento de Centros de Saúde Grande Porto VIII - Gaia. Unidade de Saúde Pública. Plano Local de Saúde 2011-2016. [Online]. Gaia: Unidade de Saúde Pública do ACES Grande Porto VIII – Gaia. Available from: <http://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acesgaia.pdf>.

ⁱⁱⁱ Instituto Nacional de Estatística. Informação Estatística. Quadros de apuramento. [Online]. Lisboa: INE; 2009-2014. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos_quadros.

^{iv} Instituto Nacional de Estatística. Base de Dados. [Online]. Lisboa: INE; 2018. Available from: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0007822&contexto=bd&selTab=tab2.

- iii. Através de um programa informático desenvolvido para o efeito, foram obtidas as distâncias em km's e minutos entre a localidade/zona do Centro de Saúde associado a cada utente (num total de 352) e o SU mais próximo, de entre 82 (considerando as três tipologias e excluindo os hospitais pediátricos e as maternidades^v).

Para o cálculo das distâncias foi usado o algoritmo do *Google Maps*, disponível em <https://developers.google.com/maps/documentation/distance-matrix/>.

Obtidas as distâncias em tempo entre a localidade/zona do Centro de Saúde associado a cada utente e cada um dos 82 SU considerados, calculou-se a variável “número de SU disponíveis a menos de 60 minutos”. O referido limite tem correspondência no “critério de cobertura” definido no Despacho nº 10 319/2014 de 25 de julho.

^v Portugal. Ministério da Saúde. Transparência-SNS. Caracterização das Valências de Urgência.[Online]. Lisboa: Ministério da Saúde; 2017. Available from: <https://transparencia.sns.gov.pt/explore/dataset/caracterizacao-das-valencias-de-urgencia/?q=urgencia&sort=regiao>.

10. ANEXO II: Problemas de saúde registados nas listas de problemas ativos nos processos clínicos dos utentes nos Cuidados de Saúde Primários

Os códigos ICPC - *International Classification of Primary Care* considerados nas variáveis abaixo foram^{vi}:

VARIÁVEL: fumador

P17 (Abuso do tabaco)

VARIÁVEL: consumo de álcool

P15 (Abuso crónico do álcool)

VARIÁVEL: diabetes

T89 (Diabetes insulino-dependente);

T90 (Diabetes não insulino-dependente).

VARIÁVEL: hipertensão arterial

K86 (Hipertensão sem complicações);

K87 (Hipertensão com complicações).

VARIÁVEL: neoplasia maligna

A79 (Neoplasia maligna NE)

B72 (Doença de Hodgkin/linfoma)

B73 (Leucemia)

B74 (Neoplasia maligna do sangue outra)

D74 (Neoplasia maligna do estômago)

D75 (Neoplasia maligna do cólon/reto)

D76 (Neoplasia maligna do pâncreas)

D77 (Neoplasia digestiva maligna outra/NE)

F74 (Neoplasia do olho/anexos)

H75 (Neoplasia do ouvido)

K72 (Neoplasia cardiovascular)

L71 (Neoplasia maligna músculo-esquelética)

N74 (Neoplasia maligna do sistema nervoso)

R84 (Neoplasia maligna do brônquio/pulmão)

^{vi} Portugal. Ministério da Saúde. Administração Central do Sistema de Saúde. Especificações de Exportação de Dados para Escola Nacional de Saúde Pública. Especificações do Modelo de Dados. Utilização da rede de urgência. Lisboa: ACSS; 2016.

R85 (Neoplasia respiratória maligna outra)
S77 (Neoplasia maligna da pele)
T71 (Neoplasia maligna da tireoide)
T73 (Neoplasia endócrina não especificada/outra)
U75 (Neoplasia maligna do rim)
U76 (Neoplasia maligna da bexiga)
U77 (Neoplasia maligna do aparelho urinário outra)
W72 (Neoplasia maligna relacionada com a gravidez)
X75 (Neoplasia maligna do colo)
X76 (Neoplasia maligna da mama feminina)
X77 (Neoplasia maligna genital feminina outra)
Y77 (Neoplasia maligna da próstata)
Y78 (Neoplasia maligna genital masculina outra)

VARIÁVEL: asma

R96 (Asma)

VARIÁVEL: doença pulmonar obstrutiva crónica

R95 (Doença pulmonar obstrutiva crónica)

VARIÁVEL: depressão

P76 (Perturbação depressiva)

VARIÁVEL: ansiedade

P74 (Distúrbio ansioso/estado de ansiedade)

VARIÁVEL: VIH/Sida

B90 (Infecção VIH/SIDA)

11. ANEXO III: Utilização média dos Serviços de Urgência por utente

VARIÁVEIS	EPISÓDIOS DE URGÊNCIA				MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
	não ULS		ULS		não ULS	ULS	não ULS	ULS
	n	%	n	%				
TOTAL	3.680.879	100,0%	609.141	100,0%	1,84	1,93	1,411	1,483
Género								
Feminino	2.181.515	59,3%	351.858	57,8%	1,91	1,98	1,474	1,530
Masculino	1.499.364	40,7%	257.283	42,2%	1,74	1,85	1,316	1,418
Classe etária								
18-22 anos	244.596	6,6%	35.486	5,8%	1,80	1,89	1,389	1,469
23-27 anos	264.547	7,2%	37.703	6,2%	1,88	1,92	1,476	1,508
28-32 anos	292.993	8,0%	41.735	6,9%	1,92	1,97	1,515	1,559
33-37 anos	300.938	8,2%	42.324	6,9%	1,83	1,87	1,418	1,435
38-42 anos	281.038	7,6%	40.420	6,6%	1,71	1,80	1,280	1,370
43-47 anos	250.383	6,8%	37.357	6,1%	1,67	1,76	1,228	1,324
48-52 anos	256.868	7,0%	39.870	6,5%	1,69	1,75	1,249	1,311
53-57 anos	248.947	6,8%	41.342	6,8%	1,70	1,78	1,262	1,315
58-62 anos	235.532	6,4%	39.861	6,5%	1,72	1,79	1,274	1,326
63-67 anos	239.110	6,5%	40.723	6,7%	1,77	1,85	1,332	1,415
68-72 anos	235.103	6,4%	41.634	6,8%	1,85	1,92	1,402	1,472
73-77 anos	248.786	6,8%	47.273	7,8%	1,97	2,03	1,513	1,562
78-82 anos	256.445	7,0%	53.747	8,8%	2,09	2,19	1,608	1,680
≥ 83 anos	325.593	8,8%	69.666	11,4%	2,20	2,27	1,657	1,709
Isenção txs moderadoras								
Não	1.607.677	43,7%	240.571	39,5%	1,62	1,68	1,169	1,208
Sim	2.073.202	56,3%	368.570	60,5%	2,05	2,13	1,585	1,650
Comportamentos de risco:								
Hábito tabágico								
Não	3.221.241	87,5%	536.789	88,1%	1,83	1,92	1,406	1,477
Sim	459.638	12,5%	72.352	11,9%	1,87	1,98	1,443	1,532
Consumo de álcool								
Não	3.595.918	97,7%	596.535	97,9%	1,83	1,92	1,406	1,480
Sim	84.961	2,3%	12.606	2,1%	2,04	2,13	1,609	1,636
Problemas de saúde:								
Diabetes								
Não	3.214.505	87,3%	521.506	85,6%	1,81	1,89	1,385	1,453
Sim	466.374	12,7%	87.635	14,4%	2,04	2,14	1,582	1,659
HTA								
Não	2.536.487	68,9%	384.515	63,1%	1,80	1,86	1,379	1,433
Sim	1.144.392	31,1%	224.626	36,9%	1,94	2,04	1,480	1,567
Neoplasia maligna								
Não	3.433.557	93,3%	569.028	93,4%	1,82	1,91	1,392	1,463
Sim	247.322	6,7%	40.113	6,6%	2,15	2,27	1,666	1,764
Asma								
Não	3.562.355	96,8%	592.765	97,3%	1,83	1,92	1,405	1,479
Sim	118.524	3,2%	16.376	2,7%	2,02	2,15	1,570	1,649
DPOC								
Não	3.567.996	96,9%	588.884	96,7%	1,83	1,91	1,398	1,470
Sim	112.883	3,1%	20.257	3,3%	2,32	2,43	1,799	1,852
Depressão								
Não	3.117.028	84,7%	517.506	85,0%	1,81	1,90	1,382	1,455
Sim	563.851	15,3%	91.635	15,0%	2,02	2,12	1,565	1,641
Ansiedade								
Não	3.344.814	90,9%	550.603	90,4%	1,82	1,91	1,397	1,463
Sim	336.065	9,1%	58.538	9,6%	1,99	2,13	1,546	1,668
VIH/Sida								
Não	3.667.102	99,6%	608.160	99,8%	1,84	1,93	1,410	1,483
Sim	13.777	0,4%	981	0,2%	2,19	2,25	1,719	1,748

VARIÁVEIS			EPISÓDIOS DE URGÊNCIA			MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
nº problemas saúde									
0	1.824.965	49,6%	274.413	45,0%	1,73	1,79	1,310	1,351	
1	999.803	27,2%	180.709	29,7%	1,87	1,97	1,432	1,510	
2	617.036	16,8%	111.619	18,3%	2,01	2,12	1,547	1,634	
3	192.968	5,2%	34.402	5,6%	2,16	2,28	1,672	1,748	
4	40.555	1,1%	7.048	1,2%	2,34	2,44	1,810	1,869	
5	5.142	0,1%	885	0,1%	2,45	2,88	1,861	2,227	
6	391	0,0%	64	0,0%	2,52	2,37	1,653	2,133	
7	18	0,0%	1	0,0%	2,57	1,00	1,397		
8	1	0,0%			1,00				
nº urgências por utente									
1	1.184.294	32,2%	177.302	29,1%					
2	850.338	23,1%	138.958	22,8%					
3	557.475	15,1%	96.777	15,9%					
≥ 4	1.088.772	29,6%	196.104	32,2%	5,24	5,27	1,531	1,551	
Distância ao SU mais próximo									
0,2 - 8,2 km	2.382.746	64,7%	386.710	63,5%	1,86	1,98	1,431	1,530	
8,2 - 16,2 km	664.039	18,0%	13.974	2,3%	1,81	2,13	1,380	1,619	
16,2 - 24,2 km	374.600	10,2%	94.747	15,6%	1,81	1,87	1,380	1,430	
24,2 - 32,2 km	184.911	5,0%	56.415	9,3%	1,77	1,85	1,348	1,390	
32,2 - 40,2 km	44.928	1,2%	28.399	4,7%	1,81	1,77	1,371	1,334	
40,2 - 48,2 km	25.186	0,7%	17.142	2,8%	1,78	1,75	1,343	1,293	
48,2 - 56,2 km	4.469	0,1%	9.913	1,6%	1,75	1,68	1,354	1,245	
56,2 - 64,2 km									
64,2 - 72,2 km			1.841	0,3%		1,65		1,186	
Distância ao SU mais próximo									
0,5 - 7,5 minutos	1.193.083	32,4%	299.118	49,1%	1,90	2,02	1,473	1,563	
7,5 - 14,5 minutos	1.236.172	33,6%	87.592	14,4%	1,82	1,85	1,386	1,418	
14,5 - 21,5 minutos	728.915	19,8%	69.186	11,4%	1,81	1,92	1,384	1,469	
21,5 - 28,5 minutos	332.688	9,0%	62.870	10,3%	1,79	1,88	1,369	1,439	
28,5 - 35,5 minutos	139.849	3,8%	55.778	9,2%	1,79	1,81	1,361	1,348	
35,5 - 42,5 minutos	43.410	1,2%	19.083	3,1%	1,75	1,73	1,327	1,275	
42,5 - 49,5 minutos	5.009	0,1%	13.673	2,2%	1,87	1,70	1,441	1,272	
49,5 - 56,5 minutos									
56,5 - 63,5 minutos	1.753	0,0%	1.841	0,3%	1,68	1,65	1,189	1,186	
nº SU's a menos 60 minutos									
1 - 3	144.871	3,9%	218.080	35,8%	1,89	1,92	1,460	1,480	
3 - 5	283.578	7,7%	161.073	26,4%	1,93	1,99	1,499	1,538	
5 - 7	274.017	7,4%	52.851	8,7%	1,89	1,87	1,451	1,411	
7 - 9	261.707	7,1%	25.996	4,3%	1,90	1,85	1,461	1,419	
9 - 11	257.502	7,0%	39.896	6,5%	1,81	1,97	1,394	1,553	
11 - 13	256.815	7,0%	38.256	6,3%	1,83	1,92	1,415	1,453	
13 - 15	818.818	22,2%			1,82	0,00	1,392		
15 - 17	965.494	26,2%			1,82	0,00	1,391		
17 - 19	380.176	10,3%	72.989	12,0%	1,79	1,86	1,367	1,424	
19 - 21	37.901	1,0%			1,76	0,00	1,340		
APU do ACeS									
0 - 20%			9.917	1,6%		1,66		1,21	
20 - 40%	287.103	7,8%	159.441	26,2%	1,93	1,93	1,487	1,48	
40 - 60%	941.915	25,6%	366.794	60,2%	1,86	1,95	1,435	1,50	
60 - 80%	769.579	20,9%			1,84		1,420		
80 - 100%	1.682.282	45,7%	72.989	12,0%	1,81	1,86	1,380	1,42	
AMU do ACeS									
0 - 20%	2.277.627	61,9%	333.297	54,7%	1,82	1,95	1,391	1,496	
20 - 40%	1.222.430	33,2%	275.844	45,3%	1,87	1,90	1,442	1,468	
40 - 60%	180.822	4,9%			1,88		1,455		

VARIÁVEIS		EPISÓDIOS DE URGÊNCIA				MÉDIA		DESVIO PADRÃO	
APR do ACeS									
0 - 20%	2.566.877	69,7%	72.989	12,0%	1,82	1,86	1,395	1,424	
20 - 40%	899.472	24,4%	366.794	60,2%	1,87	1,95	1,441	1,502	
40 - 60%	214.530	5,8%	169.358	27,8%	1,92	1,91	1,478	1,468	
Densidade populacional do ACeS									
0-75 hab/km²	402.351	10,9%	418.568	68,7%	1,91	1,95	1,474	1,512	
75-150 hab/km²	780.047	21,2%	117.584	19,3%	1,87	1,88	1,439	1,417	
150-300 hab/km²	747.594	20,3%			1,83		1,411		
300-600 hab/km²	348.008	9,5%			1,83		1,402		
600-1 200 hab/km²	329.029	8,9%			1,83		1,390		
1 200-2 400 hab/km²	536.266	14,6%			1,78		1,352		
2 400-4 800 hab/km²	152.780	4,2%	72.989	12,0%	1,80	1,86	1,375	1,424	
≥ 4 800 hab/km²	384.804	10,5%			1,83		1,409		
nº consultas médicas diretas em CSP									
0	694.029	18,9%	102.380	16,8%	1,57	1,62	1,119	1,174	
1 - 3	1.382.768	37,6%	230.539	37,8%	1,70	1,79	1,255	1,334	
4 - 6	877.923	23,9%	151.261	24,8%	1,94	2,03	1,461	1,533	
7 - 9	396.772	10,8%	66.932	11,0%	2,29	2,35	1,727	1,775	
≥ 10	329.387	8,9%	58.029	9,5%	2,68	2,73	2,012	2,021	
nº consultas médicas indiretas em CSP									
0	2.118.224	57,5%	311.809	51,2%	1,73	1,79	1,304	1,349	
1 - 3	1.067.306	29,0%	193.770	31,8%	1,92	2,00	1,471	1,536	
4 - 6	302.272	8,2%	61.751	10,1%	2,09	2,19	1,620	1,684	
7 - 9	110.155	3,0%	23.520	3,9%	2,29	2,34	1,782	1,788	
≥ 10	82.922	2,3%	18.291	3,0%	2,52	2,61	1,944	1,996	
nº consultas enfermagem em CSP									
0	1.318.017	35,8%	163.408	26,8%	1,62	1,67	1,163	1,207	
1 - 3	1.296.648	35,2%	209.557	34,4%	1,79	1,83	1,336	1,363	
4 - 6	465.604	12,6%	96.598	15,9%	2,04	2,04	1,563	1,557	
7 - 9	218.823	5,9%	46.674	7,7%	2,33	2,26	1,787	1,747	
≥ 10	381.787	10,4%	92.904	15,3%	2,64	2,59	1,990	1,950	
Médico de Família ativo									
Não	506.062	13,7%	51.708	8,5%	1,80	1,91	1,373	1,503	
Sim	3.174.817	86,3%	557.433	91,5%	1,84	1,93	1,417	1,482	

12. ANEXO IV: *Outputs* SPSS - Regressões lineares em contexto não ULS (modelos finais)

MODELO 1

```
REGRESSION
/MISSING LISTWISE
/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
/NOORIGIN
/DEPENDENT StdZ01_naoULS
/METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
ANSIEDADE HIV DISTKm_1_DUMMY
DISTKm_2_DUMMY DISTKm_3_DUMMY DISTMIN_1_DUMMY DISTMIN_2_DUMMY
DISTMIN_3_DUMMY SUsA60MIN_1_DUMMY
SUsA60MIN_2_DUMMY SUsA60MIN_3_DUMMY SUsA60MIN_4_DUMMY.
```

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior
21	(Constante)	-,350	,012		-30,190	,000	-,373	-,327
	ANOS65mais_DUMMY	,164	,002	,074	73,922	,000	,160	,168
	1-F; 0-M	,107	,001	,053	73,323	,000	,105	,110
	DPOC	,286	,005	,044	61,691	,000	,276	,295
	ANOS18_35_DUMMY	,140	,002	,062	69,967	,000	,136	,144
	DEPRESSAO	,118	,002	,041	54,708	,000	,113	,122
	NEOPLASIA	,190	,003	,044	61,957	,000	,184	,196
	DIABETES	,122	,002	,039	51,143	,000	,117	,127
	CONS_ALCOOL	,200	,005	,028	39,918	,000	,190	,209
	SUsA60MIN_1_DUMMY	,161	,007	,063	23,107	,000	,148	,175
	DISTMIN_1_DUMMY	,047	,003	,017	17,832	,000	,042	,052
	ANSIEDADE	,071	,003	,020	27,026	,000	,066	,076
	HAB_TABAGICO	,056	,002	,018	25,342	,000	,052	,060
	HIV	,310	,013	,017	24,829	,000	,286	,335
	ASMA	,083	,004	,014	19,822	,000	,074	,091
	SUsA60MIN_2_DUMMY	,091	,007	,037	13,107	,000	,077	,104
	DISTKm_1_DUMMY	,016	,009	,004	1,845	,065	-,001	,034
	SUsA60MIN_3_DUMMY	,060	,007	,029	8,773	,000	,046	,073
	ANOS51_65_DUMMY	-,022	,002	-,009	-10,179	,000	-,026	-,018
	HTA	,015	,002	,007	7,955	,000	,011	,019
	DISTKm_3_DUMMY	-,140	,022	-,005	-6,460	,000	-,182	-,097
	DISTKm_2_DUMMY	-,047	,010	-,012	-4,890	,000	-,066	-,028

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
21	ANOS36_50_DUMMY	. ^v	.	.	.	,000
	DISTMIN_2_DUMMY	-,008 ^v	-1,200	,230	-,001	,010
	DISTMIN_3_DUMMY	,001 ^v	1,200	,230	,001	,687
	SUsA60MIN_4_DUMMY	,000 ^v	,000	1,000	,000	4,429E-13

v. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, 1-F; 0-M, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, DEPRESSAO, NEOPLASIA, DIABETES, CONS_ALCOOL, SUsA60MIN_1_DUMMY, DISTMIN_1_DUMMY, ANSIEDADE, HAB_TABAGICO, HIV, ASMA, SUsA60MIN_2_DUMMY, DISTKm_1_DUMMY, SUsA60MIN_3_DUMMY, ANOS51_65_DUMMY, HTA, DISTKm_3_DUMMY, DISTKm_2_DUMMY

MODELO 2

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT StdZ01_naoULS
 /METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
 ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV APU1_DUMMY
 APU2_DUMMY APU3_DUMMY APU4_DUMMY APU5_DUMMY AMU1_DUMMY AMU2_DUMMY
 AMU3_DUMMY APR1_DUMMY APR2_DUMMY
 APR3_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t		Limite inferior	Limite superior
20	(Constante)	-,228	,002		-91,184	,000	-,233	-,223
	ANOS65mais_DUMMY	,186	,002	,084	89,808	,000	,182	,190
	1-F; 0-M	,108	,001	,054	73,780	,000	,105	,111
	DPOC	,284	,005	,044	61,298	,000	,275	,293
	ANOS18_35_DUMMY	,160	,002	,070	72,977	,000	,155	,164
	DEPRESSAO	,114	,002	,039	52,897	,000	,110	,118
	NEOPLASIA	,188	,003	,044	61,313	,000	,182	,194
	DIABETES	,119	,002	,038	50,023	,000	,115	,124
	CONS_ALCOOL	,193	,005	,028	38,545	,000	,183	,203
	ANSIEDADE	,069	,003	,019	26,173	,000	,064	,074
	APU5_DUMMY	-,032	,002	-,016	-13,761	,000	-,036	-,027
	HIV	,313	,013	,018	25,020	,000	,289	,338
	HAB_TABAGICO	,054	,002	,018	24,565	,000	,050	,059
	ASMA	,082	,004	,014	19,629	,000	,074	,090
	APU2_DUMMY	,071	,005	,019	13,006	,000	,060	,081
	ANOS36_50_DUMMY	,021	,002	,009	9,532	,000	,016	,025
	HTA	,010	,002	,005	5,423	,000	,007	,014
	APU3_DUMMY	,012	,002	,005	5,384	,000	,007	,016
	AMU3_DUMMY	-,015	,005	-,003	-3,178	,001	-,024	-,006
	AMU1_DUMMY	,005	,002	,002	2,248	,025	,001	,009
	APR3_DUMMY	-,011	,005	-,002	-2,129	,033	-,021	-,001

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS ^a						
Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
20	ANOS51_65_DUMMY	. ^u	.	.	.	-7,949E-14
	APU4_DUMMY	. ^u	.	.	.	,000
	AMU2_DUMMY	. ^u	.	.	.	,000
	APR1_DUMMY	,003 ^u	1,931	,053	,001	,231
	APR2_DUMMY	-,003 ^u	-1,931	,053	-,001	,264

u. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, 1-F; 0-M, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, DEPRESSAO, NEOPLASIA, DIABETES, CONS_ALCOOL, ANSIEDADE, APU5_DUMMY, HIV, HAB_TABAGICO, ASMA, APU2_DUMMY, ANOS36_50_DUMMY, HTA, APU3_DUMMY, AMU3_DUMMY, AMU1_DUMMY, APR3_DUMMY

MODELO 3

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT StdZ01_naoULS
 /METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
 ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV DP1_DUMMY
 DP2_DUMMY DP3_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t		Limite inferior	Limite superior
15	(Constante)	-,232	,002		-122,475	,000	-,236	-,228
	ANOS65mais_DUMMY	,166	,002	,075	74,722	,000	,162	,170
	1-F; 0-M	,108	,001	,053	73,657	,000	,105	,111
	DPOC	,285	,005	,044	61,430	,000	,275	,294
	ANOS18_35_DUMMY	,139	,002	,061	69,321	,000	,135	,143
	DEPRESSAO	,114	,002	,039	52,934	,000	,110	,118
	NEOPLASIA	,188	,003	,044	61,187	,000	,182	,194
	DIABETES	,119	,002	,038	50,057	,000	,115	,124
	CONS_ALCOOL	,196	,005	,028	39,144	,000	,186	,206
	ANSIEDADE	,069	,003	,019	26,255	,000	,064	,074
	DP1_DUMMY	,039	,001	,019	27,583	,000	,036	,042
	HAB_TABAGICO	,054	,002	,018	24,346	,000	,049	,058
	HIV	,311	,013	,017	24,829	,000	,286	,335
	ASMA	,081	,004	,014	19,370	,000	,073	,089
	ANOS51_65_DUMMY	-,020	,002	-,008	-9,448	,000	-,025	-,016
	HTA	,011	,002	,005	5,865	,000	,007	,015

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
15	DP3_DUMMY	,000 ^o	-,417	,676	,000	,812
	ANOS36_50_DUMMY	, ^p	.	.	.	,000
	DP2_DUMMY	,000 ^p	,358	,720	,000	,458
	DP3_DUMMY	,000 ^p	-,358	,720	,000	,812

p. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, 1-F; 0-M, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, DEPRESSAO, NEOPLASIA, DIABETES, CONS_ALCOOL, ANSIEDADE, DP1_DUMMY, HAB_TABAGICO, HIV, ASMA, ANOS51_65_DUMMY, HTA

MODELO 4

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT StdZ01_naoULS
 /METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
 ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV
 CONSMED_DIR1_DUMMY CONSMED_DIR2_DUMMY CONSMED_DIR3_DUMMY
 CONSMED_DIR4_DUMMY CONSMED_DIR5_DUMMY
 CONSMED_INDIR1_DUMMY CONSMED_INDIR2_DUMMY CONSMED_INDIR3_DUMMY
 CONSMED_INDIR4_DUMMY
 CONSMED_INDIR5_DUMMY CONSENF1_DUMMY CONSENF2_DUMMY CONSENF3_DUMMY
 CONSENF4_DUMMY CONSENF5_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior
26	(Constante)	-,110	,002		-44,063	,000	-,115	-,105
	CONSENF5_DUMMY	,432	,003	,112	140,364	,000	,426	,438
	CONSMED_DIR5_DUMMY	,508	,003	,122	160,856	,000	,501	,514
	CONSMED_DIR4_DUMMY	,288	,003	,081	107,770	,000	,283	,293
	CONSMED_DIR3_DUMMY	,107	,002	,045	57,382	,000	,103	,110
	CONSENF4_DUMMY	,281	,004	,059	79,766	,000	,274	,288
	ANOS51_65_DUMMY	-,162	,002	-,066	-75,122	,000	-,166	-,158
	ANOS36_50_DUMMY	-,125	,002	-,053	-63,807	,000	-,129	-,121
	CONSENF3_DUMMY	,135	,002	,043	54,217	,000	,130	,140
	DPOC	,206	,005	,032	45,455	,000	,197	,215
	CONSMED_INDIR5_DUMMY	,249	,006	,032	45,015	,000	,238	,260
	NEOPLASIA	,117	,003	,027	38,949	,000	,111	,123
	1-F; 0-M	,049	,001	,024	33,541	,000	,046	,052
	CONSMED_DIR1_DUMMY	-,047	,002	-,020	-24,524	,000	-,051	-,044
	CONS_ALCOOL	,150	,005	,021	30,852	,000	,141	,160
	CONSMED_INDIR4_DUMMY	,150	,005	,023	32,414	,000	,141	,159
	HTA	-,072	,002	-,033	-38,055	,000	-,075	-,068
	CONSMED_INDIR3_DUMMY	,065	,003	,017	22,698	,000	,060	,071
	DEPRESSAO	,046	,002	,016	21,505	,000	,041	,050
	HIV	,278	,012	,016	22,842	,000	,254	,302
	CONSMED_INDIR1_DUMMY	-,027	,002	-,013	-15,679	,000	-,030	-,023
	CONSENF2_DUMMY	,027	,002	,013	16,079	,000	,024	,031
	HAB_TABAGICO	,032	,002	,010	14,608	,000	,027	,036

ASMA	,040	,004	,007	9,934	,000	,032	,048
ANSIEDADE	,019	,003	,005	7,211	,000	,013	,024
DIABETES	,009	,002	,003	3,773	,000	,004	,014
ANOS65mais_DUMMY	,008	,002	,003	3,336	,001	,003	,012

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS ^a						
Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância	
26	ANOS18_35_DUMMY	.aa	.	.	.	,000
	CONSMED_DIR2_DUMMY	.aa	.	.	.	,000
	CONSMED_INDIR2_DUMMY	.aa	.	.	.	,000
	CONSENF1_DUMMY	.aa	.	.	.	-7,061E-14

aa. Preditores no Modelo: (Constante), CONSENF5_DUMMY, CONSMED_DIR5_DUMMY, CONSMED_DIR4_DUMMY, CONSMED_DIR3_DUMMY, CONSENF4_DUMMY, ANOS51_65_DUMMY, ANOS36_50_DUMMY, CONSENF3_DUMMY, DPOC, CONSMED_INDIR5_DUMMY, NEOPLASIA, 1-F; 0-M, CONSMED_DIR1_DUMMY, CONS_ALCOOL, CONSMED_INDIR4_DUMMY, HTA, CONSMED_INDIR3_DUMMY, DEPRESSAO, HIV, CONSMED_INDIR1_DUMMY, CONSENF2_DUMMY, HAB_TABAGICO, ASMA, ANSIEDADE, DIABETES, ANOS65mais_DUMMY

MODELO 5

REGRESSION

/MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT StdZ01_naoULS
 /METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
 ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV ISENCAOTM_dummy.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t		Limite inferior	Limite superior
15	(Constante)	-,188	,002		-87,461	,000	-,193	-,184
	ISENCAOTM_dummy	,265	,002	,132	170,148	,000	,262	,268
	ANOS51_65_DUMMY	-,145	,002	-,059	-70,138	,000	-,149	-,141
	ANOS36_50_DUMMY	-,091	,002	-,038	-40,253	,000	-,095	-,086
	DEPRESSAO	,094	,002	,032	43,744	,000	,089	,098
	DPOC	,261	,005	,040	56,647	,000	,252	,270
	1-F; 0-M	,085	,001	,042	58,423	,000	,082	,088
	NEOPLASIA	,146	,003	,034	47,882	,000	,140	,152
	CONS_ALCOOL	,160	,005	,023	32,190	,000	,150	,170
	ANOS18_35_DUMMY	,052	,002	,023	22,713	,000	,048	,057
	ANSIEDADE	,056	,003	,015	21,298	,000	,050	,061
	HIV	,241	,012	,014	19,431	,000	,217	,266
	HAB_TABAGICO	,040	,002	,013	18,284	,000	,036	,044
	DIABETES	,044	,002	,014	18,431	,000	,040	,049
	ASMA	,067	,004	,011	16,110	,000	,059	,075
	HTA	-,014	,002	-,006	-7,580	,000	-,018	-,011

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

					Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade
Modelo		Beta In	t	Sig.		Tolerância
15	ANOS65mais_DUMMY	,000 ^p	,000	1,000	,000	1,507E-13

p. Preditores no Modelo: (Constante), ISENCAOTM_dummy, ANOS51_65_DUMMY, ANOS36_50_DUMMY, DEPRESSAO, DPOC, 1-F; 0-M, NEOPLASIA, CONS_ALCOOL, ANOS18_35_DUMMY, ANSIEDADE, HIV, HAB_TABAGICO, DIABETES, ASMA, HTA

MODELO 6

REGRESSION

/MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT StdZ01_naoULS
 /METHOD=STEPWISE GENERO_dummy ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY
 ANOS51_65_DUMMY ANOS65mais_DUMMY
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV MFATIVO_dummy.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
15	(Constante)	-,201	,002		-84,704	,000	-,205	-,196
	ANOS65mais_DUMMY	,168	,002	,076	75,571	,000	,163	,172
	1-F; 0-M	,107	,001	,053	73,171	,000	,104	,110
	DPOC	,283	,005	,044	61,165	,000	,274	,292
	ANOS18_35_DUMMY	,139	,002	,061	69,159	,000	,135	,143
	DEPRESSAO	,115	,002	,040	53,500	,000	,111	,119
	NEOPLASIA	,187	,003	,044	61,001	,000	,181	,193
	DIABETES	,120	,002	,038	50,156	,000	,115	,124
	CONS_ALCOOL	,198	,005	,028	39,495	,000	,188	,207
	ANSIEDADE	,070	,003	,020	26,711	,000	,065	,075
	HIV	,302	,013	,017	24,177	,000	,278	,327
	HAB_TABAGICO	,051	,002	,017	23,068	,000	,047	,055
	ASMA	,080	,004	,013	19,106	,000	,071	,088
	ANOS51_65_DUMMY	-,020	,002	-,008	-9,159	,000	-,024	-,016
	MFATIVO_dummy	-,014	,002	-,005	-6,606	,000	-,018	-,010
	HTA	,012	,002	,005	6,218	,000	,008	,015

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
15 ANOS36_50_DUMMY	,000 ^p	,000	1,000	,000	1,716E-13

p. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, 1-F; 0-M, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, DEPRESSAO, NEOPLASIA, DIABETES, CONS_ALCOOL, ANSIEDADE, HIV, HAB_TABAGICO, ASMA, ANOS51_65_DUMMY, MFATIVO_dummy, HTA

13.ANEXO V: *Outputs* SPSS - Regressões lineares em contexto ULS (modelos finais)

MODELO 1

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS
 /METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY
 ANOS65mais_DUMMY GENERO_dummy
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV DISTKm_1_DUMMY
 DISTKm_2_DUMMY DISTKm_3_DUMMY DISTMIN_1_DUMMY DISTMIN_2_DUMMY
 DISTMIN_3_DUMMY SUsA60MIN_1_DUMMY
 SUsA60MIN_2_DUMMY SUsA60MIN_3_DUMMY SUsA60MIN_4_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados			95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t	Sig.	Limite inferior	Limite superior
20	(Constante)	-,408	,008		-48,864	,000	-,424	-,391
	ANOS65mais_DUMMY	,170	,006	,081	30,431	,000	,159	,180
	DISTMIN_1_DUMMY	,119	,007	,053	16,350	,000	,105	,133
	DEPRESSAO	,115	,005	,039	21,114	,000	,104	,126
	DPOC	,277	,011	,044	24,780	,000	,255	,299
	ANOS18_35_DUMMY	,122	,005	,051	22,771	,000	,111	,132
	NEOPLASIA	,197	,008	,045	25,353	,000	,182	,212
	DIABETES	,119	,006	,040	21,128	,000	,108	,130
	ANSIEDADE	,110	,007	,031	16,945	,000	,098	,123
	SUsA60MIN_1_DUMMY	,125	,006	,057	22,018	,000	,114	,136
	1-F; 0-M	,071	,004	,035	19,182	,000	,063	,078
	CONS_ALCOOL	,175	,013	,024	13,254	,000	,149	,201
	HAB_TABAGICO	,075	,006	,024	13,074	,000	,064	,086
	SUsA60MIN_2_DUMMY	,072	,007	,027	10,876	,000	,059	,085
	DISTKm_3_DUMMY	-,092	,014	-,014	-6,798	,000	-,119	-,066
	ASMA	,107	,012	,016	9,257	,000	,084	,129
	HTA	,033	,005	,016	7,227	,000	,024	,042
	HIV	,295	,047	,011	6,225	,000	,202	,388
	DISTMIN_3_DUMMY	-,055	,012	-,009	-4,549	,000	-,079	-,031
	ANOS51_65_DUMMY	-,028	,006	-,011	-4,973	,000	-,039	-,017
	DISTKm_1_DUMMY	,023	,008	,009	2,914	,004	,008	,039

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
20	ANOS36_50_DUMMY	,000 ^u	,000	1,000	,000	1,645E-13
	DISTKm_2_DUMMY	. ^u	.	.	.	-6,867E-14
	DISTMIN_2_DUMMY	,000 ^u	,000	1,000	,000	7,669E-14
	SUsA60MIN_3_DUMMY	. ^u	.	.	.	,000

u. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, DISTMIN_1_DUMMY, DEPRESSAO, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, NEOPLASIA, DIABETES, ANSIEDADE, SUsA60MIN_1_DUMMY, 1-F; 0-M, CONS_ALCOOL, HAB_TABAGICO, SUsA60MIN_2_DUMMY, DISTKm_3_DUMMY, ASMA, HTA, HIV, DISTMIN_3_DUMMY, ANOS51_65_DUMMY, DISTKm_1_DUMMY

MODELO 2

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS
 /METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY
 ANOS65mais_DUMMY GENERO_dumy
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV APU1_DUMMY
 APU2_DUMMY APU3_DUMMY APU4_DUMMY APU5_DUMMY AMU1_DUMMY AMU2_DUMMY
 AMU3_DUMMY APR1_DUMMY APR2_DUMMY
 APR3_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados		Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta	t		Limite inferior	Limite superior
17	(Constante)	-,206	,005		-41,848	,000	-,215	-,196
	ANOS65mais_DUMMY	,160	,006	,076	28,734	,000	,149	,171
	DEPRESSAO	,116	,005	,040	21,276	,000	,105	,127
	DPOC	,274	,011	,044	24,516	,000	,252	,296
	ANOS18_35_DUMMY	,120	,005	,050	22,319	,000	,109	,130
	NEOPLASIA	,197	,008	,045	25,352	,000	,182	,212
	DIABETES	,117	,006	,039	20,865	,000	,106	,128
	1-F; 0-M	,072	,004	,036	19,663	,000	,065	,080
	ANSIEDADE	,107	,007	,030	16,352	,000	,094	,119
	APU1_DUMMY	-,204	,013	-,028	-15,597	,000	-,230	-,179
	CONS_ALCOOL	,177	,013	,024	13,435	,000	,151	,203
	HAB_TABAGICO	,078	,006	,025	13,539	,000	,067	,089
	APU5_DUMMY	-,093	,006	-,031	-16,143	,000	-,104	-,081
	AMU1_DUMMY	,035	,004	,018	9,295	,000	,028	,043
	ASMA	,104	,012	,016	8,971	,000	,081	,126
	HIV	,297	,047	,011	6,254	,000	,204	,390
	HTA	,032	,005	,015	7,102	,000	,023	,041
	ANOS51_65_DUMMY	-,030	,006	-,012	-5,336	,000	-,041	-,019

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
17	ANOS36_50_DUMMY	,000 ^r	,000	1,000	,000	1,300E-13
	APU2_DUMMY	-,003 ^r	-1,850	,064	-,003	,933
	APU3_DUMMY	,004 ^r	1,850	,064	,003	,748
	AMU2_DUMMY	. ^r	.	.	.	,000
	APR1_DUMMY	. ^r	.	.	.	,000
	APR2_DUMMY	,004 ^r	1,850	,064	,003	,748
	APR3_DUMMY	-,003 ^r	-1,850	,064	-,003	,893

r. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, DEPRESSAO, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, NEOPLASIA, DIABETES, 1-F; 0-M, ANSIEDADE, APU1_DUMMY, CONS_ALCOOL, HAB_TABAGICO, APU5_DUMMY, AMU1_DUMMY, ASMA, HIV, HTA, ANOS51_65_DUMMY

MODELO 3

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS

/METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY

ANOS65mais_DUMMY GENERO_dumy

HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO

ANSIEDADE HIV DP1_DUMMY

DP2_DUMMY DP3_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
15	(Constante)	-,223	,005		-46,253	,000	-,232	-,213
	ANOS65mais_DUMMY	,188	,005	,090	37,509	,000	,179	,198
	DEPRESSAO	,116	,005	,040	21,227	,000	,105	,126
	DPOC	,270	,011	,043	24,146	,000	,248	,292
	ANOS18_35_DUMMY	,149	,006	,063	26,296	,000	,137	,160
	NEOPLASIA	,195	,008	,045	25,113	,000	,180	,211
	DIABETES	,117	,006	,039	20,854	,000	,106	,128
	1-F; 0-M	,073	,004	,036	19,715	,000	,065	,080
	ANSIEDADE	,107	,007	,030	16,376	,000	,094	,120
	HAB_TABAGICO	,082	,006	,026	14,185	,000	,070	,093
	CONS_ALCOOL	,170	,013	,023	12,908	,000	,145	,196
	DP3_DUMMY	-,070	,005	-,023	-12,993	,000	-,081	-,060
	ASMA	,104	,012	,016	8,970	,000	,081	,126
	HIV	,296	,047	,011	6,238	,000	,203	,389
	HTA	,033	,005	,016	7,170	,000	,024	,042
	ANOS36_50_DUMMY	,030	,006	,012	5,323	,000	,019	,041

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
15	ANOS51_65_DUMMY	,p	.	.	.	-8,660E-14
	DP1_DUMMY	,p	.	.	.	,000

p. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, DEPRESSAO, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, NEOPLASIA, DIABETES, 1-F; 0-M, ANSIEDADE, HAB_TABAGICO, CONS_ALCOOL, DP3_DUMMY, ASMA, HIV, HTA, ANOS36_50_DUMMY

MODELO 4

REGRESSION
 /MISSING LISTWISE
 /STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA
 /CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)
 /NOORIGIN
 /DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS
 /METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY
 ANOS65mais_DUMMY GENERO_dummy
 HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO
 ANSIEDADE HIV
 CONSMED_DIR1_DUMMY CONSMED_DIR2_DUMMY CONSMED_DIR3_DUMMY
 CONSMED_DIR4_DUMMY CONSMED_DIR5_DUMMY
 CONSMED_INDIR1_DUMMY CONSMED_INDIR2_DUMMY CONSMED_INDIR3_DUMMY
 CONSMED_INDIR4_DUMMY
 CONSMED_INDIR5_DUMMY CONSENF1_DUMMY CONSENF2_DUMMY CONSENF3_DUMMY
 CONSENF4_DUMMY CONSENF5_DUMMY.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão				Limite inferior	Limite superior
25	(Constante)	-,176	,008		-20,917	,000	-,193	-,160
	CONSENF5_DUMMY	,330	,007	,105	46,661	,000	,316	,344
	CONSMED_DIR5_DUMMY	,483	,009	,121	54,489	,000	,466	,500
	CONSMED_DIR4_DUMMY	,298	,008	,085	37,993	,000	,282	,313
	CONSMED_DIR3_DUMMY	,143	,006	,061	23,452	,000	,131	,155
	ANOS65mais_DUMMY	,107	,006	,051	19,476	,000	,096	,118
	ANOS18_35_DUMMY	,116	,005	,049	22,132	,000	,106	,127
	CONSMED_INDIR1_DUMMY	-,140	,007	-,070	-21,188	,000	-,153	-,127
	CONSMED_INDIR2_DUMMY	-,084	,007	-,039	-12,665	,000	-,097	-,071
	CONSENF4_DUMMY	,200	,008	,050	24,980	,000	,185	,216
	CONSENF3_DUMMY	,109	,006	,039	18,024	,000	,097	,120
	DPOC	,185	,011	,030	16,883	,000	,164	,207
	NEOPLASIA	,123	,008	,028	16,091	,000	,108	,138
	CONSMED_INDIR5_DUMMY	,196	,013	,029	15,175	,000	,171	,222
	CONSMED_DIR2_DUMMY	,054	,005	,026	10,508	,000	,044	,064
	HAB_TABAGICO	,059	,006	,019	10,500	,000	,048	,070
	DEPRESSAO	,049	,005	,017	9,141	,000	,039	,060
	ANOS51_65_DUMMY	-,052	,005	-,021	-9,559	,000	-,063	-,042
	HTA	-,046	,004	-,022	-10,320	,000	-,055	-,037
	CONS_ALCOOL	,133	,013	,018	10,279	,000	,107	,158
	ANSIEDADE	,053	,006	,015	8,224	,000	,040	,065
	CONSENF2_DUMMY	,028	,005	,014	6,144	,000	,019	,037
	1-F; 0-M	,019	,004	,009	5,191	,000	,012	,026

HIV	,235	,046	,009	5,053	,000	,144	,325
ASMA	,056	,011	,009	4,976	,000	,034	,078
CONSMED_INDIR4_DUMMY	,056	,011	,010	4,946	,000	,034	,078

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

		VARIÁVEIS EXCLUÍDAS ^a				Estatísticas de colinearidade Tolerância
Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	
25	ANOS36_50_DUMMY	,000 ^z	,000	1,000	,000	1,376E-13
	DIABETES	,003 ^z	1,492	,136	,003	,835
	CONSMED_DIR1_DUMMY	. ^z	.	.	.	,000
	CONSMED_INDIR3_DUMMY	,000 ^z	,000	1,000	,000	2,885E-13
	CONSENF1_DUMMY	,000 ^z	,000	1,000	,000	1,412E-13

z. Preditores no Modelo: (Constante), CONSENF5_DUMMY, CONSMED_DIR5_DUMMY, CONSMED_DIR4_DUMMY, CONSMED_DIR3_DUMMY, ANOS65mais_DUMMY, ANOS18_35_DUMMY, CONSMED_INDIR1_DUMMY, CONSMED_INDIR2_DUMMY, CONSENF4_DUMMY, CONSENF3_DUMMY, DPOC, NEOPLASIA, CONSMED_INDIR5_DUMMY, CONSMED_DIR2_DUMMY, HAB_TABAGICO, DEPRESSAO, ANOS51_65_DUMMY, HTA, CONS_ALCOOL, ANSIEDADE, CONSENF2_DUMMY, 1-F; 0-M, HIV, ASMA, CONSMED_INDIR4_DUMMY

MODELO 5

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS

/METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY

ANOS65mais_DUMMY GENERO_dumy

HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO

ANSIEDADE HIV ISENCAOTM_dumy.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
14	(Constante)	-,194	,005		-40,181	,000	-,204	-,185
	ISENCAOTM_dumy	,266	,004	,132	66,726	,000	,258	,274
	ANOS51_65_DUMMY	-,136	,005	-,056	-27,333	,000	-,146	-,126
	DPOC	,250	,011	,040	22,506	,000	,228	,272
	DEPRESSAO	,092	,005	,032	16,937	,000	,081	,103
	ANOS36_50_DUMMY	-,076	,005	-,031	-14,176	,000	-,086	-,065
	NEOPLASIA	,157	,008	,036	20,270	,000	,142	,172
	ANSIEDADE	,090	,006	,025	13,952	,000	,078	,103
	HAB_TABAGICO	,062	,006	,020	10,982	,000	,051	,074
	1-F; 0-M	,051	,004	,025	13,943	,000	,044	,058
	CONS_ALCOOL	,132	,013	,018	10,060	,000	,106	,158
	ASMA	,090	,011	,014	7,830	,000	,067	,112
	DIABETES	,051	,006	,017	9,069	,000	,040	,061
	ANOS18_35_DUMMY	,047	,005	,020	8,812	,000	,036	,057
	HIV	,201	,047	,007	4,253	,000	,108	,293

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo		Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
14	ANOS65mais_DUMMY	.º	.	.	.	,000
	HTA	,004º	1,657	,097	,003	,655

o. Preditores no Modelo: (Constante), ISENCAOTM_dumy, ANOS51_65_DUMMY, DPOC, DEPRESSAO, ANOS36_50_DUMMY, NEOPLASIA, ANSIEDADE, HAB_TABAGICO, 1-F; 0-M, CONS_ALCOOL, ASMA, DIABETES, ANOS18_35_DUMMY, HIV

MODELO 6

REGRESSION

/MISSING LISTWISE

/STATISTICS COEFF OUTS CI(95) R ANOVA

/CRITERIA=PIN(.05) POUT(.10)

/NOORIGIN

/DEPENDENT Zqtd_epis_urg_total_ULS

/METHOD=STEPWISE ANOS18_35_DUMMY ANOS36_50_DUMMY ANOS51_65_DUMMY

ANOS65mais_DUMMY GENERO_dumy

HAB_TABAGICO CONS_ALCOOL DIABETES HTA NEOPLASIA ASMA DPOC DEPRESSAO

ANSIEDADE HIV MFATIVO_dumy.

COEFICIENTES^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.	95,0% Intervalo de Confiança para B	
		B	Erro Padrão	Beta			Limite inferior	Limite superior
15	(Constante)	-,171	,007		-23,810	,000	-,185	-,157
	ANOS65mais_DUMMY	,161	,006	,076	28,875	,000	,150	,172
	DEPRESSAO	,115	,005	,039	21,043	,000	,104	,126
	DPOC	,269	,011	,043	24,062	,000	,247	,291
	ANOS18_35_DUMMY	,119	,005	,050	22,111	,000	,108	,129
	NEOPLASIA	,194	,008	,044	24,869	,000	,178	,209
	DIABETES	,117	,006	,039	20,824	,000	,106	,128
	1-F; 0-M	,073	,004	,036	19,706	,000	,065	,080
	ANSIEDADE	,106	,007	,030	16,216	,000	,093	,119
	HAB_TABAGICO	,074	,006	,024	12,994	,000	,063	,086
	CONS_ALCOOL	,171	,013	,023	12,982	,000	,146	,197
	ASMA	,101	,012	,015	8,739	,000	,078	,124
	HTA	,033	,005	,016	7,241	,000	,024	,042
	HIV	,275	,047	,010	5,801	,000	,182	,368
	ANOS51_65_DUMMY	-,030	,006	-,012	-5,320	,000	-,041	-,019
	MFATIVO_dumy	-,033	,006	-,009	-5,257	,000	-,046	-,021

a. Variável Dependente: Escore Z(qtd_epis_urg_total)

VARIÁVEIS EXCLUÍDAS^a

Modelo	Beta In	t	Sig.	Correlação parcial	Estatísticas de colinearidade Tolerância
15	ANOS36_50_DUMMY	, ^p	.	.	,000

p. Preditores no Modelo: (Constante), ANOS65mais_DUMMY, DEPRESSAO, DPOC, ANOS18_35_DUMMY, NEOPLASIA, DIABETES, 1-F; 0-M, ANSIEDADE, HAB_TABAGICO, CONS_ALCOOL, ASMA, HTA, HIV, ANOS51_65_DUMMY, MFATIVO_dumy